FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 1938 No 37

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

par

AHR, Charles Norbert
né à PETITE-ROSSELLE le 29 Mai 1912.

ANOMALIES MENTALES CONGENITALES OU DEMENCE PRECOCE AU DEBUT EN MEDECINE LEGALE

Président: *M. PFERSDORFF, Professeur.*

IMPRIMERIE HAUSS, STRASBOURG
1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

37

ANNEE 1938 No

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

par

AHR, Charles Norbert
né à PETITE-ROSSELLE le 29 Mai 1912.

ANOMALIES MENTALES CONGENITALES OU DEMENCE PRECOCE AU DEBUT EN MEDECINE LEGALE

Président: *M. PFERSDORFF, Professeur.*

IMPRIMERIE HAUSS, STRASBOURG
1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. FORSTER, ✻, ✪ I.
Assesseur ..... SCHAEFFER, ✻ ✪ I.

Professeurs:

Embryologie	MM.	ANCEL, ✻, ✪ I.
Anatomie		FORSTER, ✻, ✪ I.
Histologie		BOUIN, O. ✻, ✪ I.
Physiologie		SCHAEFFER, ✪ I.
Physique biologique		VLES, ✻, ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX, O. ✻, ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON, ✻, ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ, ✪ I.
Hygiène, Bactériologie		OBERLING, ✻ ✪ A.
Médecine légale		SIMONIN, ✻, ✪ A.
Clinique médicale		MERKLEN, ✻, ✪ I.
		AMBARD, ✻, ✪ I.
Clinique chirurgicale		LERICHE, O. ✻, ✪ I.
		STOLZ, ✻, ✪ I.
Clinique ophtalmologique		REDSLOB, ✻, ✪ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER, O. ✻, ✪ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF, ✻, ✪ I.
Clinique neurologique		BARRE, ✻, ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB, ✪ I.
Clinique infantile		ROHMER, ✻, ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT, ✻, ✪ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		VAUCHER, ✻, ✪ I.

Professeurs honoraires:

MM. WEILL ✻ ✪ I. CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max, ✪ I. GERY, ✪ I.
BELLOCQ, ✪ I.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Chargés de Cours et Agrégés:

MM. BENOIT, ✪ A.
FONTAINE, ✪ A.
GELMA, ✪ I.
GUNSETT, O. ✻, ✪ I.
HANNS, ✻, ✪ I.
HUMBERT, ✻, ✪ A.
KAYSER, ✪ A.
KELLER, ✪ I.
KREIS, ✪ A.
LE GUYON
REISS
THIVOLLE ✪ A.
WAITZ
WEISS A., ✻ ✪ A.
WOLF, ✻ ✪ A.

Agrégé libre: M. SIMON, ✻, ✪ A.

Directeur de la Clinique dentaire: M. ROMEY O. ✻, ✪ A.

Chargé d'un cours complémentaire:

MM. MEYER M., ✪ A. ROEDERER, ✪ I.

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548006_0049

A mes parents

qui, grâce aux sacrifices qu'ils n'ont cessé de s'imposer, m'ont permis de mener à bien mes études. Que ce modeste travail soit un gage de mon amour filial et de ma profonde reconnaissance.

A ma famille

A mon ami

le Dr Marcel KRIEG,

A mes amis

A mon président de thèse

Monsieur le Professeur PFERSDORFF,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Directeur de la Clinique Psychiâtrique de l'Université de Strasbourg,

Qui a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.

A mon Maître

Monsieur le Docteur ARSIMOLES,
Ex-interne des hôpitaux,
Lauréat de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,

Qui nous a inspiré l'idée de ce travail et qui n'a cessé de nous guider de sa grande expérience et d'encourager nos efforts avec sollicitude. Nous lui en exprimons notre profonde reconnaissance.

A mon Jury,

A mes maîtres de la Faculté de Médecine.

Avant-propos

C'est pendant notre séjour comme interne à la Maison de Santé de Hœrdt, que nous avons pu étudier sous la direction et guidé par l'expérience de notre Maître le Dr Louis Arsimoles, les cas que nous traitons dans notre thèse.

CHAPITRE I[er]

Depuis que *Morel* a décrit la démence juvénile et que de nombreux travaux ont établi l'existence de la démence précoce comme maladie mentale autonome et bien définie, ses divers aspects cliniques et les phases de son évolution ont été fouillés d'une façon approfondie. Il reste encore cependant des points obscurs dans son étude ; l'un d'eux concerne la période prodromique de la maladie, et ce n'est pas l'un des moins intéressants. Les difficultés qui entourent le diagnostic à une époque où les symptômes caractéristiques ne sont pas encore saisissables ont été entrevues depuis longtemps. Elles varient suivant les cas observés, suivant l'âge et les milieux dans lesquels se poursuit l'observation, suivant les conditions de celle-ci, au point que les auteurs ne sont pas d'accord sur le mode d'entrée dans la maladie, M[lle] *Pascal* pensait que les premiers troubles sont presque toujours de nature dépressive, avec adynamie fonctionnelle, lente et progressive. *Masselon* estimait que les sentiments affectifs, les sentiments familiaux sont parmi les plus primitivement amoindris, et donnait à l'indifférence émotionnelle le premier rang dans l'ordre d'apparition des symptômes. D'autres ont insisté au contraire sur le changement du caractère, consistant en irritabilité, légère hostilité envers l'entourage, colères non motivées, bizarreries, paresse et négligence. Les parents et les professeurs sont les premiers à constater ces troubles. On cherche l'explication de cette mauvaise humeur persistante dans les fatigues de la croissance pubérale ou d'une menstruation s'installant difficilement, ou encore dans les traumatismes psychosexuels ou des complexes freudiens, alors qu'il s'agit d'un

signe avant-coureur méconnu de la démence. Chez d'autres malades, les troubles moraux sont au premier plan ; alors que les facultés intellectuelles paraissent normales, surviennent des actes délictueux ou criminels, avec une fréquence qui justifie le nom de « période médico-légale » de la démence précoce donné par *Antheaume* et *Mignot* à cette phase prodromique qui appartient à la médecine judiciaire. Cette forme particulière de début de la maladie avait attiré l'attention de *Kahlbaum* en 1884, et l'avait conduit à décrire une « forme nouvelle de la folie morale » : l'héboïdophrénie, groupant certains cas atténués d'ébéphrénie. *Falret* notait, en 1876, que souvent l'acte violent fut la première manifestation de la maladie encore insoupçonnée : « pendant longtemps, la métamorphose de l'esprit et du caractère ne se manifeste par aucun signe extérieur, et n'a pour témoin que la conscience intime du malade ». D'autres fois, le début se fait par un état d'excitation rappelant plus ou moins l'excitation maniaque ou l'hypomanie ; cela se produit plus particulièrement dans l'hébéphrénie, mais avec une fréquence restreinte, au point que beaucoup d'auteurs en font à peine mention parmi les symptômes prodromiques. Nous ne citons qu'en passant les cas à début confusionnel ou délirants d'emblée, pour être complet ; ils n'appartiennent pas à notre sujet.

Si nous avons énuméré avec quelques détails les divers modes d'invasion de la démence précoce, c'est parce que cette énumération nous permettait d'indiquer les signes considérés comme les plus primitifs et annonciateurs de la démence à échéance plus ou moins éloignée.

Parmi les formes de début que nous venons de passer en revue, il en est une qui soulève des problèmes non encore élucidés ; c'est la forme médico-légale. *Antheaume* et *Mignot* indiquent comme appartenant à cette forme, un chiffre de 9 % des cas de démence précoce, tout en insistant sur la valeur très relative de ce chiffre. Quelle qu'en soit la

fréquence, les cas de cette catégorie méritent l'intérêt par l'importance sociale de la délinquence et par les difficultés du diagnostic. Tous les auteurs qui se sont attachés à l'étude de la criminalité de la phase initiale de la démence précoce ont remarqué que la maladie échappe le plus souvent à la perspicacité du médecin et de l'expert. Le Prof. *Joffroy*, au Congrès de Genève en 1907, disait: « Si après coup, lorsque l'affection a évolué pendant un certain temps, il est facile de rattacher à leur véritable cause les fautes, délits ou crimes commis par les malades, il n'en va pas de même au moment où ces actes viennent de s'accomplir; et si alors un expert est appelé à statuer sur ces cas, l'appréciation de la nature morbide des actes n'apparaît pas toujours avec évidence et simplicité, et il est parfois très difficile de décider si l'on a affaire à un délinquant vulgaire, ou à un sujet congénitalement pervers, ou à un malade à la période prémonitoire de troubles psychopathiques en évolution ». Tout le problème que nous nous proposons d'examiner est contenu dans ces lignes; les difficultés du diagnostic y sont nettement exprimées; les troubles avec lesquels il y a lieu de faire la distinction sont précisés; mis à part les délinquants indemnes de toute tare psychique, donc entièrement responsables, l'expert doit choisir entre perversion congénitale ou démence précoce au début. Ce diagnostic différentiel est de première importance, en raison des conséquences sociales d'une erreur de l'expert. Si la gravité et l'intensité des perversions ou la nature de l'acte criminel sont telles que les conclusions d'irresponsabilité s'imposent, ainsi que la nécessité de l'internement, il n'en résulte aucun mal: l'activité anti-sociale est arrêtée dans des conditions favorables au traitement médical, et celui-ci pourra être précoce. Le délinquant en retirera avantage dans tous les cas. Au contraire, la méconnaissance de la maladie en évolution expose, au cas d'une condamnation pour de petits délits (vagabondage, vols simples, violences, etc.), à replacer trop vite dans la vie sociale un ma-

lade dangereux, prêt aux réactions les plus variées et les plus nocives contre un milieu où il vit en désadapté .

Nous allons montrer que le choix entre les deux diagnostics, qui sembleraient a priori assez différents, est souvent de la plus grande difficulté. Nous examinerons les raisons de cette difficulté. Nous étudierons la valeur des signes que l'on a évoqués pour asseoir le diagnostic précoce et nous rchercherons s'il existe un ou des symptômes capables de servir de signal d'alarme. Problème difficile s'il en fut: les observations que nous rapportons montrent en effet que le plus souvent le diagnostic de démence précoce n'est posé que rétrospectivement, à la période d'état de la maladie, et avec un retard parfois considérable: la période médico-légale de la maladie peut, dans certains cas, s'étaler sur de nombreuses années, et dépasser de beaucoup la durée de deux à trois ans que les classiques assignent à la phase prodromique de la démence précoce.

⁂

Les données du problème diagnostique sont loin d'être simples pour des raisons assez nombreuses que nous allons étudier successivement. Quand on veut résoudre un problème, il importe avant tout de se rendre compte de sa complexité et d'en pénétrer les causes.

Tout d'abord, les perversions morales, comme nous l'avons déjà rappelé, peuvent être symptômatiques d'une démence précoce en évolution; l'entourage n'en saisit pas tout d'abord la signification, et « elles sont prises pour de simples tendances vicieuses » (Professeur *Gilbert Ballet*). On croirait, écrit *Guilguet*, avoir affaire à des fous moraux ou à de simples dégénérés, et la disposition aux actes délictueux peut se rencontrer de très bonne heure. Il existe de véritables perversions instinctives au début de la démence précoce. Ce fait a été confirmé par des travaux importants. *Antheaume* et *Mignot*, se basant sur leurs

observations personnelles, sont portés à admettre qu'« un certain nombre de fous moraux sont des déments précoces à la période prémonitoire de leur affection. » *Libert*, en 1912, a fait un historique complet et très vivant de cette question, en ajoutant aux cas connus cinq observations nouvelles. *Halberstadt*, dans des articles successifs publiés en 1924, 1925 et en 1927, a attiré l'attention sur la forme simple de démence précoce, qui serait la plus fréquemment rencontrée dans les affaires médico-légales, sur la forme héboïdophrénique, folie morale acquise de *Wernicke*, caractérisée essentiellement par le déficit moral, les malades atteints étant essentiellement pervers et antisociaux.

Nous ne pourrions reprendre l'exposé de la question des perversions instinctives au début de la démence précoce sans sortir de notre sujet. Cet exposé a fait récemment l'objet de l'importante thèse de M^lle^ *G. Klein* (1935) où sont résumés les travaux des auteurs français et étrangers. En citant les études qui ont apporté des matériaux nouveaux, nous avons voulu préciser que, dans la période médico-légale de la maladie, on observe des perversions instinctives, et que ce fait se rencontre surtout dans des formes particulières: la démence simple et l'héboïdophrénie. L'apparition de perversions instinctives dans l'adolescence, ou même plus tardivement, chez des sujets dont l'enfance était normale ou indemne des particularités morbides surprenantes, semblerait devoir faciliter le diagnostic, par le contraste entre les deux périodes: prépathologique et postérieure à l'invasion des troubles mentaux. *Christian,* à qui l'on doit une des premières études d'ensemble sur la démence précoce, pensait que l'enfance des sujets, voués à la démence précoce, n'a présenté en général aucune particularité qui mérite d'être remarquée. « Si l'enfant s'est montré capricieux, volontaire, coléreux, indiscipliné, ce sont des faits banaux où l'on ne peut voir une menace pour l'avenir. »

Même dans les cas de perversions instinctives acquises, le diagnostic est difficile. Tantôt, fait remarquer *Libert*, les observateurs n'y attachent pas l'importance qu'elles méritent, tantôt ils ne voient pas les liens qui les rattachent à la démence précoce. Le cas du sergent-major Meudic, publié en 1928 par *Georget*, fournit une preuve indubitable de la vérité de cette remarque. De caractère gai et doux, devenu presque subitement morose, querelleur et méchant ce soldat terrorisait ses inférieurs, avait des colères subites et des impulsions alternant avec des accès d'inertie et d'asthénie, puis des bizarreries, du négativisme, tenait des propos décousus et se livrait à des actes incohérents. Poursuivi pour insultes et voies de fait envers ses supérieurs, il fut condamné, malgré les conclusions d'irresponsabilité d'un rapport d'enquête établi par le Dr *Goupil*, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg.

Il n'est pas surprenant qu'à cette époque le diagnostic de démence précoce n'ait pu être posé. Mais on peut s'étonner que l'importance des troubles n'ai pas été appréciée à sa réelle valeur. Il en était encore ainsi bien plus tard, lorsque *Lelut* retrouvait dans les prisons des aliénés méconnus et condamnés, et lorsque *Pactet* et *Colin*, au cours de leur enquête dans les prisons, rencontraient des déments précoces qui avaient subi des condamnations dans la période initiale de la maladie. Aujourd'hui encore, l'absence des signes caractéristiques de la démence précoce dans cette phase rend impossible un diagnostic de certitude et cause maintes condamnations de vrais malades, sans même que ceux-ci aient été soumis à expertise. Il en est ainsi surtout pour des délits de vol et de vagabondage, au point que le VIIe Congrès belge de Neurologie et de Psychiâtrie demandait, en 1912, que fût toujours ordonné l'examen mental pour les voleurs, les vagabonds et les criminels. La délinquence militaire tient une place très importante dans la phase prodromique de la démence précoce, et aussi dans la méconnaissance de l'état pathologique.

D'après ce qui précède, le diagnostic différentiel entre perversions instinctives ou congénitales et perversions instinctives acquises liées à la démence précoce est particulièrement difficile, et trop souvent impossible au moment même où il serait le plus utile en vue de mesures judiciaires ou d'assistance. A envisager la question sous un autre angle, celui des perversions ou mieux anomalies congénitales, qui sont le lot des sujets que l'on appelait jadis des dégénérés, les obscurités ne sont pas moindres. L'une des objections qu'adressaient à *Magnan* les adversaires de sa doctrine de la dégénérescence mentale consistait dans l'impossibilité de distinguer, en clinique, entre les tares congénitales et les troubles acquis. Cette objection vaut également pour les perversions instinctives, et c'est la plus embarrassante. Rien ne ressemble davantage, en effet, au lit des malades, aux anomalies mentales congénitales que les anomalies acquises : les séquelles psychiques de l'encéphalite épidémique en sont le meilleur exemple, et si l'on ignorait l'anamnèse, on confondrait, de la meilleure foi du monde, les troubles mentaux postencéphalitiques avec les anomalies innées d'un pervers.

Le principal élément de discrimination semble fourni par l'âge d'apparition ; c'est du moins le plus tangible. Lorsque les perversions instinctives se manifestent dès l'enfance dans la famille, puis à l'école, et successivement dans les diverses collectivités où le sujet prend place, et qu'elles ont une intensité et une gravité telles qu'elles le rendent inadaptable d'une façon évidente aux yeux de tous, le diagnostic est aisé, l'on n'a aucune raison, bien souvent, de soupçonner une aliénation en marche. La description de la folie morale, appelée couramment aujourd'hui psychose perverse, est fondée sur les caractères suivants : absence ou pauvreté des tendances affectives et morales, développement de tendances contraires aux sentiments moraux et sociaux, inadaptabilité sociale. Les perversions des instincts normaux apparaissent très précocement, dès la première en-

fance, et débutent avec les premières manifestations intellectuelles: les petits pervers, a dit *Schüle*, n'ont rien de l'enfant. Constamment tournés vers le mal sous des formes qui varient avec l'âge, ils sont toute leur vie en conflit avec la société et avec la justice. Leur odyssée ne révèle aucune évolution progressive: ils restent jusqu'à un âge avancé ce qu'ils étaient dans le jeune âge. Leur activité sociale est d'autant plus nuisible que les facultés intellectuelles sont moins altérées.

Dans les cas de folie morale avérée, l'erreur est difficile, pour autant qu'ils répondent exactement à la description classique.

Mais des cas aussi accusés et de symptomatologie médico-légale aussi riche, si l'on peut employer cette expression, sont relativement rares. Bien plus nombreux sont les individus qui présentent des perversions instinctives non massives, mais isolées, et suffisamment accentuées pour entraîner une atténuation de la responsabilité. Devant de tels faits, le problème diagnostique reste entier. Il est fréquent que ces anomalies congénitales ne se manifestent pas dès l'enfance d'une façon qui les fera reconnaître comme morbides: combien d'enfants sont paresseux, apathiques, peu affectifs, ou au contraire capricieux et autoritaires, que l'on ne songe pas à considérer comme des malades, et dont l'existence se déroulera sans particularités ni accidents pénibles. Ce n'est que rétrospectivement, si des troubles psychiques surviennent à l'âge adulte, que l'on pourra penser à donner une valeur à des particularités du caractère jugées banales en leur temps.

D'autre part, les perversions sexuelles et l'érotisme sont d'apparition généralement tardive, et suivent plus ou moins loin dans le temps le développement de l'instinct sexuel. L'embarras est grand bien des fois pour trancher entre le délit sexuel d'un pervers et celui qui marque le prodrome d'une démence précoce.

Il en est de même pour d'autres perversions ou des troubles du caractère, qui souvent ne développent leurs conséquences sociales qu'à l'âge postscolaire ou en pleine adolescence ; les premières manifestations d'instabilité, d'amoralité ou d'impulsivité se placent fréquemment dans la période juvénile.

C'est précisément vers cet âge que l'hébéphrénie fait, en général, ses débuts par une invasion insidieuse et sournoise. Cette période juvénile n'a pas de limites bien déterminée. Elle peut commencer vers la quinzième année, mais n'est pas encore achevée à vingt ans. L'âge ne suffit donc pas comme moyen de démarcation certain sauf dans les cas extrêmes de folie morale.

Les premiers signes de la démence précoce peuvent d'ailleurs apparaître dès l'enfance. *Halberstadt*, dans sa Contribution à l'étude médico-légale de la démence précoce (1927) rappelle que parfois le processus morbide s'arrête après un premier accès survenu de très bonne heure, d'où résulte un état de diminution psychique qui peut conduire à des actes antisociaux. Cet auteur ajoute que certains schizophréniques infantiles peuvent, tout comme les adultes, commettre divers délits, et appuie cette assertion sur un travail d'ensemble de M^me^ *Steizner*, paru en 1914. On a cité des cas d'hébéphrénie à l'âge de 9 ans (*Vogt*), de 14 ans (M^lle^ *Hollaender*). Il est vrai que la Dementia praecocissima est rare. Mais, devant un cas médico-légal de l'enfance, il faut penser à la possibilité de cette forme mentale, et ce n'est pas pour faciliter les conclusions de l'expert s'il n'y a pas de symptômes nets qui justifient le diagnostic au lieu de celui des perversions instinctives. En dehors de ces cas extrêmes, c'est déjà vers 13 ou 15 ans que l'on observe parfois des délits ou crimes de démence précoce au début alors qu'aucun symptôme net ne se manifeste avant l'âge de 16 ou 18 ans, suivant la remarque de *Cramer* (citée par *Halberstadt*).

Le problème se présente encore différemment lorsque la démence précoce survient chez des sujets dont l'état antérieur était déjà anormal, ou lorsqu'elle se greffe sur la folie morale.

C'est une notion classique que la fréquence avec laquelle la démence précoce évolue sur un fond de débilité mentale plus ou moins accentuée. Plus le capital intellectuel est réduit, plus le diagnostic est difficile. A la phase initiale, le déficit moral et affectif, est rapporté volontiers à la débilité mentale alors que le processus sous-jacent est méconnu. Comment éviterait-on l'erreur dans les cas où à une arriération évidente s'ajoute un syndrome de débilité motrice ? Lorsque dans la période d'état de la maladie, on observe les symptômes caractéristiques par lesquels se traduit le processus, il est souvent impossible de préciser la date d'invasion de la démence précoce.

Une observation de *Claude* et *Gilbert-Robin* concerne une jeune fille atteinte de folie morale constitutionnelle vraie, chez qui a évolué secondairement une hébéphrénie dont aucun signe n'existait à l'âge de 17 ans, lors d'un premier internement pour perversions instinctives multiples et graves. Les auteurs signalent que ces cas ne sont pas très fréqents. Ils ne sont pas non plus exceptionnels ; nous avons suivi, pendant notre internat au Quartier de Sûreté de Hoerdt, des malades pervers instinctifs évidents atteints de cette forme particulièrement grave à laquelle notre Maître réserve l'appellation de pervers diffus, qui se modifiaient cliniquement à un moment donné, de façon à faire naître le soupçon d'une démence précoce en évolution. La richesse des extériorisations cliniques se joignait à l'absence de symptômes nets de cette affection : rien ne ressemble plus au négativisme que l'instinct d'opposition et de révolte, quand le négativisme n'est pas une manifestation d'automatisme et n'a aucun caractère de niaiserie ou d'absurdité révélant la démence. Il est également impossible de

distinguer entre l'excitation du début de certaines formes de démence précoce et l'excitation constitutionnelle quand il n'existe aucune trace de déficit intellectuel et qu'il n'existe pas de délire. L'impulsivité même n'est pas aussi caractéristique que la dépeignent les classiques ; sinon, elle entraînerait l'irresponsabilité au même titre que la démence et l'on ne verrait pas condamner des démences précoces en évolution. Ces exemples sont destinés à montrer la complexité du problème : l'analyse des symptômes pris un à un reste sans résultat, surtout quand le mécanisme intime de ces symptômes est ignoré, comme il arrive pour le négativisme. Il est très difficile de tracer une limite exacte entre les symptômes de la folie et ce qui relève de la démence précoce. Dans les cas dont nous venons de parler, où se posait un point d'interrogation, il fallait se résigner à attendre l'apparition de signes certains et exclusifs de démence précoce réunis en faisceau pour que le diagnostic jaillisse de cette synthèse. Cette période d'incubation du diagnostic est parfois très longue et nous n'aurions pu prolonger notre contact avec ces malades assez longtemps pour attendre son achèvement.

Libert conseille, dans les cas de démence précoce secondaire chez un anormal constitutionnel de s'attacher à l'étude des antécédents du sujet et des circonstances dans lesquelles il a accompli son acte délictueux. Il recommande surtout de chercher à déceler les signes avant-coureurs de la démence précoce. Cette recommandation est difficile à mettre en pratique dans la situation de l'expert, privé du temps d'observation qui serait nécessaire pour attendre l'apparition souvent trop lente de ces signes avant-coureurs. Ceux-ci sont encore incertains et différemment appréciés suivant les auteurs. Ces variations tiennent, croyons-nous, à la différence des milieux et des conditions d'observation, dans une prison, dans un service hospitalier, parfois au sein de la famille ou dans un patronage. On n'a

pas trouvé jusqu'ici de syndrome ni de signal-symptôme caractéristique auquel les observateurs puissent se rallier, peut-être parce que leurs recherches portent sur des groupes de malades différents, ou bien parce qu'elles saisissent le processus morbide à des moments divers de son évolution. Il ne semble pas impossible a priori que les recherches soient susceptibles d'aboutir à des résultats positifs.

Nous avons examiné le problème du diagnostic différentiel entre anomalies mentales constitutionnelles et démence précoce au début sous toutes ses faces et passé en revue tous les faits cliniques qui en fournissent les données, en résumant les opinions des auteurs. Cette revue où l'historique de la question a été présenté d'une façon logique et non chronologique pour répondre à un souci de clarté, nous a montré à chaque instant à quelles difficultés on se heurte et combien la solution du problème comporte d'inconnues. Certes, toute obscurité serait dissipée si l'on pouvait attendre l'affaiblissement psychique, qui est la véritable pierre de touche pour le diagnostic. Mais la médecine légale a ses exigences qui lui interdisent cette patience. Force est donc de chercher s'il existe des signes plus précoces possédant une réelle valeur qui puissent recueillir l'adhésion générale, et quels sont ces signes. Nous allons tenter, à l'aide de nos observations personnelles, de pénétrer ces arcanes. Si nous échouons dans notre tentative, du moins aura-t-elle servi à déblayer le chemin pour des recherches futures.

CHAPITRE II

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des cas de démence précoce juvénile: les observations que nous rapportons ont été prises au quartier de sûreté de Hœrdt, et ce service ne reçoit guère que des aliénés vicieux et difficiles ou des aliénés judiciaires, ceux-ci ayant été reconnus irresponsables et ayant bénéficié d'un non-lieu avant d'être mis à la disposition de l'autorité administrative aux fins d'internement. Les jeunes sujets en conflit avec la Justice et considérés comme pervers, lorsqu'ils sont expertisés, sont rarement internés; ils sont le plus souvent déclarés responsables avec ou sans atténuation et condamnés. Il est même fréquent qu'ils soient condamnés sans examen mental à l'occasion d'un délit primaire. Ceci explique que leur casier judiciaire soit déjà chargé de plusieurs condamnations lorsqu'un état pathologique est enfin constaté.

Les cas que nous allons rapporter (à l'exception d'un seul) ont débuté après la vingtième année. Ce début qui pourrait paraître tardif ne peut fausser nos conclusions. *Antheaume* et *Mignot* observant à Charenton des aliénés militaires, ont remarqué la fréquence de la démence précoce chez les jeunes soldats, cette fréquence résultant de ce que la vingtième année est l'âge où éclot le plus souvent cette maladie, en même temps qu'elle est l'âge du service militaire. Ces auteurs signalent que l'hébéphrénie et la catatonie sont les variétés les plus habituelles. La forme de démence paranoïde est en général plus tardive.

Tenant compte de ces faits, nous nous trouvions par les âges respectifs de nos malades dans des conditions d'observation normales. D'autre part, la discrimination des formes de la démence précoce, à laquelle on accordait

une grande valeur à l'époque où la conception de *Kroepelin* était introduite en France, a perdu beaucoup de son importance depuis que l'Ecole de *Bleuler* a mis au premier plan la dissociation psychique schizophrénique. Si nous continuons à parler de démence précoce, c'est pour conserver la clarté des notions cliniques devenues classiques en France et parce que l'extension considérable donnée à la schizophrénie obscurcit le langage psychiâtrique, en raison des conceptions très divergentes apportées par les partisans de la schizophrénie qui ne la comprennent pas à la manière de *Bleuler*. La démence précoce est essentiellement un « fléchissement d'emblée et précoce des sources instinctives de la vie mentale..., (un) affaiblissement de l'élan vital et de l'affectivité » (*Dide* et *Guiraud*). Pour les auteurs, les troubles moteurs et délirants en particulier ont été considérés *à tort*, comme les premiers plans, alors que ce sont des manifestations accessoires. Dès lors la séparation trop rigide des variétés cliniques ne se justifie plus au même degré, le fond de la maladie étant commun à toutes les formes.

Nous avons tenu à indiquer notre point de vue non pas comme un dogmatisme qui serait présomptueux de notre part, mais pour établir des prémices solides à nos conclusions. Nous partons de cette donnée de l'affaiblissement primitif de la vie psychique qui est le fond même de la maladie dès l'invasion du processus. Pendant la phase prodromique ce processus reste souvent masqué, caché sous des apparences diverses, particulièrement lorsque les premières manifestations sont d'ordre médico-légal. Existe-t-il un moyen de le déceler avant que l'évidence le fasse reconnaître ? Quel est ou quels sont ces moyens ? Tel est le sujet bien délimité que nous nous sommes proposés d'aborder.

La question étant nettement posée, nous rapportons une première observation, celle d'un sujet qui n'avait pré-

senté jusqu'à 24 ou 25 ans qu'une anomalie peu importante, et qui, après la guerre, commença à mener une existence instable et délinquante.

OBSERVATION de R.

R..., né en 1894, à Ussel (Corrèze), a été interné d'office le 8 janvier 1929, après non lieu, pour irresponsabilité dans une affaire d'outrage public à la pudeur. Il fait l'objet des certificats légaux spécifiant les symptômes suivants: « débilité mentale, impulsions érotiques en état ébrieux. — Déjà interné à Leyme, pour le même motif (non lieu récent) » — Certificat immédiat: « Déséquilibre mental — Perversions sexuelles — Outrages à la pudeur réitérés » (Asile de Villejuif, 24 heures). — A la quinzaine, on ajoutait « Incompréhension complète de sa situation ». En avril suivant, un certificat de transfert notait « Débilité mentale — excitation hypomaniaque — verbiage perpétuel, vanité énorme et naïve — vagues idées de grandeur — incompréhension complète de son état — outrages à la pudeur réitérés — peut être transféré. Conduit effectivement au quartier de sûreté de Hoerdt, le 6 juillet 1929, il y fut observé longuement, pendant près de cinq ans; étant décédé le 9 avril 1934, par tuberculose pulmonaire.

Nous reproduisons le rapport médico-légal très complet qui a été établi, le 26 décembre 1928.

« R... a été arrêté le 9 novembre, place d'Anvers. D'après Mlle G. Marguerite, bonne à tout faire, il l'aurait suivie depuis la place d'Anvers jusqu'à son domicile, situé à une dizaine de mètres, en lui faisant des propositions grossières. Dans le couloir de l'immeuble où elle habite, il l'aurait prise à bras le corps, et lui aurait passé la main sous ses jupes et sous son pantalon en lui touchant les parties sexuelles. Puis, comme la jeune femme criait « Au secours », il se serait enfui, pour être appréhendé à peu de distance par un agent aussitôt intervenu.

Au Commissariat de Police, de même qu'ultérieurement lors de ses interrogations d'information, malgré les affirmations contraires de la plaignante, c'est parce que celle-ci lui avait « fait de l'œil » et qu'elle lui avait proposé de l'accompagner, ensuite dans le couloir, elle lui avait dit, ajouta-t-il: « Donne-moi 50 fr. et je me laisserai passer la main dessous, ou je crie au secours ». Il lui avait passé la main sous sa jupe, mais comme il n'avait pas 50 fr., elle avait crié au secours, alors apercevant un gardien de la paix, il était allé directement vers lui.

Né à Ussel (Corrèze), se disant courtier en lingerie, divorcé, père de famille, le prévenu est noté comme suit aux Sommiers judiciaires;

6 septembre 1925, Morlaix, outrage à la pudeur: 6 mois de prison et 25 francs d'amende.

25 juin 1925, Cahors, défaut de carte: 16 francs d'amende.

1er avril 1926, Cahors, infraction à la Police des Chemins de fer: 25 francs.

20 mai 1926, Agen, outrage à la pudeur: 4 mois.

9 septembre 1927, Riom, infraction à la Police des chemins de fer: 6 mois et 16 francs.

15 février 1928, Riom, filouterie d'aliments: 2 mois.

Nous avons pu obtenir sur R... quelques renseignements intéressants. Tout d'abord, sa sœur, personne mariée et apparemment normale, déclare qu'il n'y a pas dans la famille de tares nerveuses, ni psychiques. Le prévenu lui-même, bien que suffisamment intelligent, a toujours été « plutôt nerveux », mais c'est seulement après la guerre, — où il aurait eu pour toute blessure, une perforation du tympan, produite par le tir d'un canon, — qu'il aurait commencé « à faire des bêtises ». Ce sont toujours, dit la sœur, des affaires de femmes, et toujours il recommence. A la suite de l'une d'elles, il a été interné à l'Asile de Leyme (Lot).

Sur cet internement, nous avons recueilli les indications suivantes:

R... a été interné d'office, le 9 octobre 1926, après non-lieu et rapport médico-légal. Plusieurs outrages à la pudeur commis dans des conditions normales et accompagnés d'excitation pathologique. A l'Asile on porta le diagnostic de « débilité mentale, avec lacunes profondes du jugement et du sens moral, tendance à la fabulation ». Il sortit le 16 juin 1927, considéré comme guéri (?).

A l'examen, on est immédiatement frappé des multiples stigmates dégénératifs dont le prévenu est porteur: taille au-dessous de la moyenne, chétivité, forte asymétrie faciale, oreilles mal ourlées et au lobule adhérent. Par ailleurs, sauf une ancienne fracture du nez (chute dans l'enfance) l'examen physique est négatif.

Au point de vue mental, R... fait preuve d'une *excitation intellectuelle nettement pathologique*; il paraît aussi doué d'un sens moral très médiocre.

Souriant et à son aise, il serre la main du médecin et exprime spontanément l'espoir que celui-ci fera « un rapport en sa faveur ». D'une loquacité excessive, exubérant dans sa mimique, il manque de suite dans les idées, et il faut continuellement insister pour le faire revenir au sujet en question, et même pour lui faire achever celui dont il parle. Satisfait de lui, nullement préoccupé de son incarcération, ni des poursuites, dont il fait l'objet, pas davantage gêné par l'évocation de ses multiples condamnations antérieures et de son internement dans un asile d'aliénés, il déclare

et répète: « Je suis assez intelligent, et je me considère complètement responsable de mes actes, d'ailleurs je n'ai pas commis de délit ».

Le prévenu, en effet, continue d'exposer les choses de la même manière que lors de son interrogatoire, et malgré les invraisemblances de son récit et les objections qu'on lui fait il persiste dans sa thèse. Cependant, il convient que lors de sa condamnation de Morlaix il avait eu avec une femme « des manières un peu obscènes » car il était en ce temps-là « un peu énervé ». Il reconnaît aussi que, lors de son internement à Leyme « ça n'allait pas » et qu'aux dires des médecins il présentait alors « une fêlure spéciale du cerveau ». Mais, lorsqu'il a eu sa sortie légale, il était parfaitement guéri, ajoute-t-il, et maintenant il se considère comme nullement malade.

Tout ceci, R... l'expose avec aisance et enjouement, et il garde la même euphorie et la même inconscience éthique lorsqu'il expose ses avatars antérieurs.

Selon lui, il aurait vécu normalement jusqu'à la guerre. Démobilisé en 1919, il fut d'abord employé comme contrôleur à la T. C. R. P., mais « la trépidation le rendait malade », et il quitta au bout de deux ans. Ensuite, il aurait été comptable aux Messageries Hachette, pendant 8 ou 9 mois, mais il ne gagnait pas suffisamment. De là, il se rendit à Laon où il aurait été employé au Ministère des Régions Libérées.. Mais sa femme, qu'il avait épousée en 1921, et qui buvait, dit-il — la sœur du prévenu déclare, de son côté, que c'était une fille dévergondée — l'abandonnait en 1923. Il revint à Paris et commença à faire du courtage, et à voyager un peu par toute la France, menant en réalité une existence décousue et somme toute plutôt misérable.

En résumé, R... apparaît comme un type de déséquilibré constitutionnel, assez intelligent, mais instable, pauvre de sens moral, et incapable de se diriger raisonnablement. Il présente aussi en ce moment une excitation psychique, du type hypomaniaque avec poussée érotique, dont il semble bien qu'il soit coutumier.

Les faits pour lesquels il fut poursuivi à Cahors et à la suite desquels il fut interné à Leyme, sont, avons-nous dit, de même nature que ceux d'aujourd'hui. Mais, comme ils ont pu se succéder pendant un temps plus long, ils ont pu aussi revêtir des caractères plus nettement pathologiques par eux-mêmes. Dans différents villages, ayant pénétré chez des particuliers auxquels il proposait des agrandissements photographiques, il s'était livré sur des femmes à des attouchements obscènes, puis s'était exhibé et masturbé devant elles, « sans se soucier, dit le rapport, d'être surpris par le mari, qui pouvait entrer d'un instant à l'autre ». Même il était revenu, après un quart d'heure d'absence, dans une auberge,

dont il venait d'être chassé pour faits d'exhibition. Enfin, dès son entrée à la prison, il s'était livré à des violences absurdes.

On est donc fondé à dire que l'on se trouve ici en présence d'un malade, qui, bien que non délirant, à proprement parler, n'en présente pas moins des anomalies et des troubles psychologiques suffisants pour qu'on le considère comme un sujet à la fois irresponsable et incapable, pour le moment du moins, de vivre sans danger librement au dehors.

Conclusions.

I. R... est atteint de déséquilibre mental constitutionnel, avec excitation hypomaniaque, instabilité, érotisme, amoralité.

II. Cette situation psychopatique réalisant l'état de démence prévu par le Code Pénal, il doit être considéré comme irresponsable.

III. Déjà interné en 1926, après des faits analogues, le prévenu doit actuellement, dans son propre intérêt et dans celui du bon ordre public, être placé dans un Asile d'Aliénés.

Lors de son admission à la Maison de Santé de Hœrdt, il était bien orienté dans le temps, à un jour près, et dans le lieu. Loquace avec excitation, il proteste contre son transfert à Hœrdt, nie être malade, se déclare complètement responsable de ses actes et demande sa mise en liberté immédiate. « En attendant celle-ci, on pourrait bien lui donner un emploi au bureau de l'Asile ». Il ne consent pas à l'examen médical; quand on lui rappelle des détails pris dans son dossier, en particulier ceux qui concernent ses délits sexuels, il s'excite, conteste au médecin le droit d'en parler: « son casier judiciaire est blanc », et il réclame du papier pour rédiger des plaintes au préfet, au procureur, au Président de la République; il se refuse à tout examen physique, « le médecin n'ayant pas le droit de faire une enquête »: « Vous n'êtes pas juge d'instruction ». Au terme de l'entretien ainsi écourté, il demande très aimablement des suppléments de nourriture, du lait, etc..., suppléments d'ailleurs nécessaires en tenant compte de son poids de 50 kg. pour une taille de 1 m. 65. Ces troubles morbides motivaient le diganostic de: « débilité mentale accentuée » (Certificat de 24 heures).

R... ne tardait pas à user de son droit d'adresesr des requêtes aux autorités. Un mois après son admission, un certificat au procureur de la République mentionnait les signes suivants: « débilité mentale avec vanité morbide, *maniérisme;* revendications morbides *stéréotypées* ». R... s'adressait aussi au préfet du Lot, pour obtenir son transfert au pays natal.

En septembre, il écrivait à son oncle une lettre de style cohérent, dont voici le contenu:

« Très Cher Oncle,

Sous l'influence d'une *fausse inculpation*. Et par *faux et usage de faux* l'on m'a *entraîné*, l'on m'a *amené* et *enfermé* à l'Asile de *Hœrdt* (près Strasbourg), Bas-Rhin. (Je proteste ?).

Mon dossier est au Parquet du Département de la Seine (Paris).

Mon avocat est Me de M..., Paris.

Je viens par la présente te prier de vouloir bien t'occuper de *Moi*, car si le tribunal fait appel à mon dossier, il verra que je ne mérite pas d'être *retenu* à l'Asile, attendu que de la part des autorités judiciaires il ne peut pas y avoir *porogation*. J'ai fait appel à mon jugement du 7 janvier 29, le 17 août 29.

Cher Oncle V...., va trouver s'il te plaît Me de M... Dis: à Monsieur Malvy qu'il fasse tout son possible pour moi. Ecris à Monsieur G..., Président de la Ligue des Droits de l'Homme et du Citoyen. Que mon frère F... s'entretienne avec mon ami V... (inspecteur de la police secrète) à Paris.

Que Juliette écrive à M. D... André à Cahors (Lot) qui, lui, avec M. G... (Président du tribunal de Cahors) feront tous deux le nécessaire.

Il faut que justice se fasse, car à l'Asile de Hœrdt, on n'a pas le droit de me faire périr, attendu que l'autorité administrative n'a pas de prise sur moi vu qu'elle est obligée de m'ouvrir sans retard les portes pour reprendre ma *liberté*.

Reçois de ton neveu une bonne embrassade de (François) ».

Une particularité frappait dans cet écrit, c'était la croyance à son innocence (il parle de fausse inculpation). Le mot de «porogation» est le premier déformé et détourné de son sens véritable que l'on ait constaté dans ses écrits.

Nous ne pouvons malheureusement reproduire la calligraphie de cette épître, parfaite quant à la forme des lettres bien moulées, mais émaillées de majuscules et de mots soulignés. L'excitation persistait toujours avec verbiage stéréotypé; ne s'occupant à rien, il passait ses journées à se promener sans cesse, indifférent à son entourage, et répétait fréquemment, toujours sous la même forme, les mêmes propos. Il était calme la nuit et dormait. En janvier 1930, on constatait nettement un début d'affaiblissement intellectuel très net; les propos suivants donnent la preuve de leur incohérence: « il y a deux autorités, judiciaire et administrative. L'autorité administrative est représentée par Fernande L..., sa femme légitime, et l'autorité judiciaire par Juliette ». Pendant les mois suivants, les signes d'affaiblissement intellectuel s'accentuaient progressivement, en même temps qu'apparaissent des idées déli-

rantes avec hallucination. A une autorité de Cahors, il écrivait le 2 juin 1930 une lettre débutant par ces mots: « Ma Sortie Légale d'Honneur et de Gloire étant signée, de Monsieur le Procureur Général de la Chambre criminelle de la cour de cassation de Paris... » (il demandait son transfert à Leyme). Le délire de grâce se précisait ainsi et il s'ajoutait des idées de richesse (il se disait actionnaire de l'asile de Leyme), et de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. « Il était victime de procédés électriques, par l'effet et l'influence du médecin-chef et de son escorte, qui l'avaient brûlé et rendu tuberculeux sans motif ». La stéréotypie devenait de plus en plus accentuée dans ses écrits. Il avait perdu toute conscience des réalités — écrivait un jour qu'il était rentré à son domicile à Paris.

que sa femme lui avait été rendue, qu'il avait fait arrêter les fainéants (souligné) qui lui avaient fait subir des souffrances et des privations. Une de ses lettres contenait le passage suivant:

DIAGNOSTIC

Monsieur *François R...*
est creux (Les procédés électriques)
Et il faut croire qu'il soit « *rempli* »

2, rue Ferdinand Flocon, 2
PARIS

En novembre 1930, les idées de richesse étaient plus intenses et il énumérait les propriétés dont il se prétendait possesseur. En même temps il refusait par intervalles toute nourriture, et sous ces manifestations bruyantes se cachait une indifférence affective complète. Il vivait d'une vie imaginaire, donnant des instructions à un avocat et à diverses personnes qu'il invitait à prendre le train pour se rendre à Cahors avec sa femme et ses enfants et se mettre à table. Il voulait aller à Paris déjeuner avec Monsieur Malvy. En décembre 31, il priait cette personnalité politique de faire des démarches pour le faire rentrer dans la police à Paris, et quelques mois après il vendait ses propriétés d'Ussel et déclarait qu'il avait un emploi à Paris.

En mai 1932 ses lettres, sur lesquelles on peut suivre les progrès de la démence, étaient de plus en plus incohérentes, remplies de propos stéréotypés. Les idées de persécution et les hallucinations avaient disparu. Un passage d'une lettre nous montre un érotisme marqué: « J'ai pris la femme L... toute nue dans un lit d'un cabinet public avec un homme dont je puis signaler sur toutes les faces, en train de manger la nature en faisant des orgies. J'ai vu rentrer dans le cabinet public la femme L... J'ai vu ressortir le lit et la femme L... privée de sa vitalité ». Aussi, écrivait-il à un avoué « que le divorce est d'office » et l'invitait,

par arrêt d'huissier, « à la tenir sous les verroux où, indésirable, elle était tenue à la prison de Hœrdt ».

L'excitation était très intense et le malade s'affaiblissait peu à peu physiquement — la tuberculose pulmonaire se manifestait par des symptômes évidents, amaigrissement et fièvre hectique en juin 33. Il continuait cependant à écrire des lettres quotidiennes, incohérentes où la stéréotypie était un symtôme des plus frappants.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION DE R....

Le diagnostic vient de lui-même à l'esprit à lecture de cette observation: il s'agit de démence précoce délirante. L'âge de début des premières manifestations morbides correspond à celui qu'on attribue à la démence paranoïde, dont nous retrouvons chez R... le tableau clinique classique. Les idées délirantes avec hallucinations étaient polymorphes. L'addition aux formes habituelles de délire, d'idées délirantes de grâce et d'innocence offre un certain intérêt. En effet les idées de grâce montreraient à elles seules, en l'absence de toute anamnèse l'existence d'un passé judiciaire. D'autre part, elles apparaissent au cours de psychoses pénitenciaires, chez des condamnés devenus aliénés en cours de peine. Nous n'en connaissons pas de cas survenus pendant l'internement, et notre Maître, le Dr Arsimoles, n'en n'a observé chez aucun autre malade interné au Quartier de Sûreté. L'apparition des idées de grâce et d'innocence à l'asile mérite d'attirer l'attention par son caractère exceptionnel. Il est difficile de pénétrer leur mécanisme psychique dans cette situation particulière. Il est possible cependant qu'elles soient une manifestation — la première — de l'inconscience de sa situation de malade en traitement, chez un individu par ailleurs bien orienté dans le temps et le lieu, et qui protestait contre sa séquestration: faut-il voir là un symptôme de désagrégation psychique ? Nous le pensons, sans oser l'affirmer; mais nous le pensons rétrospectivement, en connaissant le diagnostic terminal de démence précoce. A l'époque où ces idées délirantes furent exprimées pour la première fois, il eût été téméraire de fonder un diagnostic de démence précoce sur un symptôme encore unique et de mécanisme psychologique incertain. L'analyse de ce cas permet des constatations très intéressantes. Tout d'abord l'époque du début de la démence précoce est difficile à fixer avec précision. On doit penser, après coup, que R... était déjà malade lors du premier internement à Leyme. Il est possible que le début de sa maladie date de 1923, après l'abandon de sa femme: c'est à ce moment que l'instabilité commençait à se montrer, dans une existence misérable de courtier errant. Les délits successifs appartiennent à la période prodromique de la maladie, — et c'est l'opinion la plus probable.

Mais nous devons nous reconnaître hors d'état de justifier cette opinion par des faits cliniques. Il n'existait aucun symptôme de démence précoce lors de l'expertise que nous avons reproduite. L'auteur du rapport diagnostiquait un déséquilibre constitutionnel chez un individu amoral et assez intelligent, qui présentait en outre de l'instabilité. Si on rassemble ces symptômes, on n'y trouve pas les éléments permettant de reconnaître une maladie mentale à son début; l'instabilité est par essence une anomalie constitutionnelle dont la gravité sociale est bien connue en médecine légale. L'absence ou la faiblesse des sentiments moraux est aussi bien souvent d'origine congénitale et peut se manifester pour la première fois assez tardivement: les actes seuls permettent de l'apprécier, et cette tâche est réservée bien souvent au Médecin Légiste. Aucun caractère intrinsèque ne distingue cette anomalie de l'affaiblissement moral du début de la démence précoce. L'expert voit une tranche très limitée de la vie du délinquant. Celui-ci est-il, au point de vue affectif et moral, un indigent de naissance? Ou bien un ancien riche qui s'est ruiné. Pour emprunter l'image classique par laquelle on définit la démence. Le passé seul permet de répondre. En dehors des cas de folie morale, ce passé est souvent bien peu révélateur dans la grisaille d'une vie médiocre et banale. Dans le cas de R..., il n'a pas appris grand'chose à l'expert, en dehors de ce détail qu'il avait toujours été « plutôt nerveux ».

La nature même des actes médicaux-légaux fournit peu d'indications. Remarquons d'abord que les délits inscrits au casier judiciaire de R... sont variés, et ne consistent pas uniquement en délits sexuels, qui par leur exclusivité et récidive, auraient pu solliciter une attenton particulière.

Les circonstances des outrages publics à la pudeur qui ont motivé deux internements en montraient la nature pathologique, que l'expert n'a pas manqué de relever, l'érotisme et l'excitation les expliquaient suffisamment. A l'époque de l'expertise, on n'aurait pu envisager le diagnostic de démence précoce que par hypothèse, faute de signes caractéristiques permettant de le justifier, l'évolution de la maladie avait pourtant déjà commencé.

L'examen physique ne révélait d'autre particularité que quelques stigmates dégénératifs morphologiques. Ses résultats négatifs prouvent nettement l'absence de tout symptôme moteur.

Mlle Pascal a décrit comme signes d'alarme de la démence les symptômes suivants: le rire impulsif, paramimique, le fou-rire, les tics et grimaces; les fugues avec leurs caractères très particuliers; les troubles de la conduite avec excentricités et bizarreries; les impulsions de tout ordre; le maniérisme, le négativisme et surtout la manie négativiste; la docilité, la persévération. Ces signes se rencontreraient dans la période prodromique.

Si l'on songe que cette période est souvent de longue durée, et que ces signes sont observés dans un service d'asile, on en conclut naturellement qu'ils annoncent l'entrée prochaine dans la période d'état et marquent la transition entre la phase d'invasion et celle où la maladie est constituée. Simples nuances subtiles tout d'abord qui ne se révèlent qu'aux yeux d'un clinicien exercé, ils prennent bientôt une ampleur qui emporte toutes les hésitations.

N'est-il pas possible de noter des symptômes plus précoces ? Un fait est frappant dans l'histoire de notre malade: c'est l'excitation hypomaniaque constatée déjà avant l'internement et qui a persisté à l'asile en se transformant; très loquace, exubérant dans sa mimique, enjoué, euphorique même en exposant ses déboires, rempli d'aisance, manquant de suite dans les idées, il était inconscient de l'amoralité de ses actes, et restait invariable dans ses explications. A l'asile où il arrivait quelque temps après, l'état hypomaniaque, se traduisait par de l'excitation avec irritabilité, récriminations morbides, graphorée, ses écrits étaient d'un style affecté et prétentieux concordant avec une vanité pathologique naïve qui contribua pour beaucoup à faire le diagnostic de débilité mentale. Ce n'est que six mois après l'internement qu'apparurent maniérisme et verbiage stéréotypé. Ce furent les premiers signes susceptibles d'orienter le diagnostic vers la démence précoce. Le diagnostic de certitude fut retardé du fait que la débilité mentale comporte dans sa symptômatologie la vanité morbide ainsi que, dans certains cas, un certain maniérisme et uné stéréotypie plus ou moins accusée. Nous ne voulons pas insister ici sur les éléments du diagnostic différentiel entre débilité mentale et démence précoce: cette discussion n'aurait qu'un intérêt très minime, et prendrait l'allure d'une justification inutile. Le malade une fois interné, il importe peu, dans ce cas particulier, de savoir à quel moment exact la démence précoce a été reconnue. Il est important, par contre, d'attirer l'attention sur ce fait que maniérisme et stéréotypie furent les premiers symptômes appartenant au groupe des signes avant-coureurs de démence mis en lumière par Mlle Pascal qui furent observés dans le cas de R...: ce sont des symptômes accessoires, secondaires dans l'ordre d'importance. Ce sont des signes témoin plutôt que des signes d'alarme prémonitoires.

Jusqu'à leur apparition, l'excitation hypomaniaque se présentait comme un symptôme à l'état de pureté, sans que rien ne révélât un processus sous-jacent. R... apparaissait comme un hypomaniaque dont l'excitation exacerbait encore un instinct sexuel anormalement exagéré conduisant aux délits sexuels par érotisme. Si l'on analyse cet état d'hypomanie, on est forcé d'admettre qu'il n'avait pas montré une intensité constamment égale; le médecin de l'asile de Leyme n'en faisait pas mention dans son certificat, et surtout le malade n'eût pas été mis en liberté en 1927 après quelques mois d'hospitalisation. En remontant aussi loin que possible dans le

passé, il semble qu'il ait toujours existé une certaine excitation: R... avait toujours été « nerveux »; l'entourage traduisait ainsi en langage courant l'exaltation du malade. Celle-ci pouvait à bon droit être considérée comme une excitation constitutionnelle appartenant à la constitution cyclo-thymique, selon l'opinion des partisans de la doctrine des constitutions morbides. Ce trouble psychique, très apparent, et qui dirige la conduite impulsive et désordonnée des anormaux qui en sont atteints, capte l'attention par ses manifestations bruyantes, et masque le contour sous-jacent de la personnalité: n'est-il pas à l'opposé de l'inertie et de l'indifférence affective ? Ces symptômes peuvent exister d'une façon concomitante, mais se dissimulant sous la fausse apparence d'une activité accrue par l'excitation, jusqu'à ce que le processus évolutif éclate au grand jour.

Ces considérations font concevoir les raisons des difficultés du diagnostic dans des cas comme celui de R... On pourrait penser que ces cas sont rares:

Mlle Pascal estimait qu'« il y a rarement chez les démences précoces un état d'optimisme et d'exaltation des facultés avant leur déchéance évidente ». Nous ne pouvons naturellement apporter de statistique pour vérifier cette opinion. Mais les quelques cas que nous relatons ne lui sont pas favorables. Chez tous, il a existé de bonne heure de l'excitation. Du reste, il nous semble très difficile, et aventuré d'étudier le mécanisme de psycho-pathologie des symptômes d'une maladie qui a été appelée à juste titre par Chaslin la « folie discordante » et qui a surpris de tout temps les observateurs par l'étrangeté et l'imprévu de beaucoup de ses symptômes. Nous nous contentons de noter, sans prétendre les expliquer, les particularités cliniques qui nous ont frappé.

C'est ainsi que nous avons noté, chez R..., une excitation très précoce contemporaine de son activité délictueuse, qui est allée en s'exaltant toujours davantage. Si on la retrouve avec une fréquence suffisante dans des cas à début médico-légal, on devra convenir qu'elle a la valeur d'un signal d'alarme, elle appartiendrait bien à la symptômatologie de la démence précoce dans sa phase initiale. Chez tous il a existé de bonne heure de l'excitation.

CHAPITRE III

Les cas où la démence précoce se greffe sur ces anomalies constitutionnelles sont très importants pour l'étude clinique générale de la question. Il est très difficile de faire une démarcation nette entre les symptômes constitutionnels et les signes initiaux de la démence précoce. Il en résulte l'impossibilité de fixer avec précision, même a posteriori, et dans le recul du temps, le moment où la maladie mentale surajoutée s'est installée. Cette fixation n'a d'ailleurs qu'un intérêt le plus souvent spéculatif et tout à fait secondaire, lorsque le diagnostic a pu être posé. Il est beaucoup plus important de déterminer les signes grâce auxquels ce diagnostic peut être envisagé, à une époque où manquent les symptômes de certitude. La difficulté est considérable, et a été relevée par tous les auteurs qui eurent l'occasion d'observer des malades rentrant dans cette catégorie d'anormaux devenus atteints de démence précoce. Chez ceux-ci, le clinicien est privé de l'élément d'appréciation qui fournit, dans les cas habituels, le contraste entre la conduite normale antérieure à la maladie et le comportement dirigé par l'état morbide.

Les anomalies congénitales peuvent être diverses. Dans un cas rapporté par *Libert*, la malade Louise D... avait présenté jusqu'à 13 ans uniquement des troubles de caractère, et une grande indifférence affective. Dès la plus tendre enfance, elle était de caractère difficile, très volontaire, brisant un carreau pour un rien ; à huit ans, elle déclarait en parlant de sa famille : « je mets tout le monde au même niveau ». On la prenait souvent en flagrant délit de men-

songe. Intelligente, par ailleurs, elle était en état de passer son certificat d'études à 10 ans. Placée à 13 ans en service elle se montra très instable, peu travailleuse et violente, fit pendant quatre ans de nombreuses places et de fréquents séjours chez ses parents. Les choses s'aggravèrent au point que les parents consultèrent leur médecin : elle était à 17 ans très grossière, tenait des propos orduriers qui ameutaient les voisins, frappait sa mère, injuriait ses parents. Elle négligeait sa tenue, ne faisait rien, refusait de se laisser examiner, arpentait fièvreusement sa chambre ou se réfugiait dans un coin de cette pièce, s'arrogeait tous les droits et se montrait très méchante envers les siens. Le médecin, qui la vit deux fois en six mois, notait qu'elle raisonnait assez bien, bien que manquant d'esprit de suite dans les idées ; il la considerait comme non aliénée mais comme une grande nerveuse à l'esprit perverti, encline à persécuter méchamment son entourage, et conseillait l'isolement thérapeutique pendant quelques mois, cette mesure étant capable, d'après lui, de redresser et d'amender par une discipline matérielle et morale, cette mentalité déviée. L'internement encore ajourné, devint nécessaire 10 mois après par suite de l'aggravation des symptômes. La démence était alors constatée. Il s'agissait de démence précoce simple, longtemps méconnue, même par un médecin, en raison des perversions instinctives congénitales qui remontaient au premier âge de la vie.

Nous avons cité ce cas en raison d'un symptôme qui, à notre avis, transparaît à travers l'exposé détaillé des signes prodromiques : c'est l'excitation, qui existe sans trouble de l'association des idées, et sans affaiblissement intellectuel morbide. Cette excitation se manifestait de bonne heure, chez une malade qui, à l'asile, avait conscience de son état avant toute apparition de signes démentiels. Nous allons voir l'importance de ce symptôme dans l'observation inédite ci-dessous.

OBSERVATION de M...

M... Léon, né à Paris, en 1904, est le dernier de 15 enfants, dont 5 qui l'ont précédé n'ont pas vécu — un de ses frères, idiot, a été placé dès l'enfance dans un Asile, où il est mort. M... a donné lui-même de bonne heure des signes d'insuffisance intellectuelle et de déséquilibre mental. N'apprenant rien à l'école, il fut placé par sa famille dans une école spéciale de réforme où il ne s'instruisit pas davantage. A 11 ans, il fut placé dans une Maison de correction, pour vol. Poursuivi de nouveau pour vol en 1920, il fut acquitté pour avoir agi sans discernement et envoyé dans une colonie pénitentiaire où sa conduite fut si mauvaise qu'il dut être soumis presque continuellement à des mesures disciplinaires spéciales; il n'en sortit que pour faire son service militaire en novembre 1924. Au bout d'un mois il se sauvait au milieu de la nuit. Ramené, mis en cellule, il brisa tout; insulta ses supérieurs; cette attitude fut sanctionnée par une condamnation de deux ans de prison avec sursis. Après changement de garnison, il déserta et se fit condamner à 5 ans de travaux publics. Pendant qu'il attendait son départ pour le pénitencier d'Albertville, il s'évada de son cachot dans des circonstances audacieuses — monta sur le toit, où on le trouva en train de fumer la pipe. « Il faisait le guignol », déclarait-il lui-même en riant. Mis en observation au Val-de-Grâce, il fut réformé pour débilité mentale, ce qui ne l'empêcha pas de commencer sa peine à Albertville et d'y séjourner six mois avant d'être libéré en février 1926.

A cette époque, son frère aîné essaya de le prendre avec lui, mais ne pouvait rien en faire. D'après ses déclarations, « un jour, il paraissait docile, plein de bonnes intentions, mais tout de suite après, pour rien ou un motif futile, il s'emportait, se fâchait, faisait des extravagances et disparaissait ». N'ayant pas de métier défini, il jouait quelquefois de l'accordéon aux bals et gagnait ainsi un peu d'argent, tant bien que mal. Sa principale activité était délictueuse; c'est ainsi qu'il se fit arrêter en septembre 1926, place de l'Opéra, pour vol et tentative de vol à la tire. Soumis à surveillance, on le vit à une station d'autobus, ouvrir les sacs à main de plusieurs dames et finalement s'emparer d'un porte-monnaie. Sur lui, on trouva deux autres portemonnaie et un portefeuille et à son domicile une série d'objets de provenance suspecte (portefeuilles de dames, nécessaire à poudre, etc...). Conduit à l'instruction, il s'évada dans les couloirs du Palais de Justice dans des conditions extravagantes: bousculant le garde qui le conduisait, il sautait par une fenêtre, gagnait les quais, se jetait à la Seine et se mettait à nager vers une péniche sur laquelle il grimpait. Puis, s'étant complètement dévêtu, il narguait ses poursuivants, exhibait sa verge, en criant des obscénités et menaçait de fendre le crâne avec un morceau de fer au premier qui s'approcherait.

Après cette équipée, les délits de violence à agents et outrages publics à la pudeur s'ajoutaient aux délits de vol qui avaient motivé les poursuites. Le rapport médico-légal qui fut remis aux juges d'instruction à la suite de ces faits, mentionnait divers stigmates dégénératifs notables: « asymétrie faciale, prognathisme, déviation de la face à droite, parole précipitée et imparfaitement articulée », des besoins génitaux excessifs, qui poussaient M... à une masturbation effrénée. Le diagnostic fait par l'expert était le suivant: « Sujet dégénéré, mentalement débile, excité et excitable, instable, insociable, extrêmement mobile dans ses idées, dans ses sentiments, parfois farouchement et stupidement entêté, impulsif et incapable de maîtriser et de diriger ses instincts; mais lucide par ailleurs, ne présentant pas de délire à proprement parler, relativement conscient de son propre état ». M.. se rendait compte, en partie du moins, de son incapacité à supporter le moindre reproche et même la moindre discipline imposée; il déclarait d'ailleurs qu'il avait assez de l'existence menée jusque là et qu'il aurait maintenant l'intention sérieuse de se tenir convenablement.

En réalité, ses déclarations ne méritaient pas qu'on s'y arrêtât. L'expert, dans une discussion serrée que nous allons reproduire, examinait les mesures à prendre. « L'inculpé a fourni la preuve, d'une part, de son absolue inintimidabilité par les moyens de répression. Non seulement la prison ne le corrige pas, mais il s'y excite davantage, et trouve moyen d'y enfreindre constamment la discipline; tantôt, comme il l'a fait à la Petite-Roquette, il tente de se suicider, ou de se mutiler ». (Une fois il s'était précipité du haut de la rotonde de cet établissement, une autre fois il s'y est fait des entailles superficielles, mais très longues, dont on voit encore les cicatrices sur son avant-bras gauche.)

Comme il est impossible de ne pas tenir compte de ses graves tares psychiques, il court la chance d'une peine atténuée, donc d'un retour assez rapide à la liberté, et, par la suite, la société est exposée à le voir recommencer plus ou moins tôt ses extravagances et ses délits. Si, au contraire, et ses anomalies mentales avec les réactions qu'elles entraînent, sont suffisantes pour justifier cette mesure, — on l'envoie dans un asile d'aliénés, il est à craindre qu'il n'y apporte le trouble et qu'il ne s'en évade trop aisément.

Toutefois, cette dernière mesure étant celle qui, du point de vue médical, me paraît le mieux s'adapter à son cas, et qui lui laisse une chance possible de *rééducation*, étant aussi celle qui peut préserver le mieux la Société contre ses méfaits futurs, je la conseillerai, en indiquant toutefois qu'il serait indispensable d'interner M... non pas dans un quartier quelconque d'asile, mais dans un service spécial pour aliénés difficiles, du genre de celui qui fonctionne à l'asile de Villejuif, et en ajoutant que si l'avenir démontre que l'inculpé ne s'adapte pas mieux à l'asile qu'à la pri-

son, il sera toujours loisible, ultérieurement, de n'avoir recours, envers lui, qu'aux seuls moyens de correction ».

A la suite de ces conclusions, M... fut interné le 19 octobre 1926 à l'asile de Villejuif. Il menaçait de se livrer à des violences contre les infirmiers ou de s'évader s'il n'obtenait pas bientôt sa sortie — il était très redouté et signalé d'une façon particulière par la Préfecture de police, les journaux l'ayant présenté comme un émule de Rème. Transféré en décembre 1926 au quartier de sûreté de Hœrdt, il était dès le début excité avec tendance aux violences et aux actes de destruction, hostilité contre le personnel infirmier et opposition constante. Il récriminait sans cesse contre la discipline, contre toutes les mesures de précaution prises, formait un complot presque aussitôt après son arrivée: « Il commençait à démolir une plaque métallique, sans se rendre compte de l'impossibilité matérielle d'y parvenir, puis niait contre l'évidence, se prétendant accusé à tort, puisqu'on lui en voulait; il récriminait à tout propos, bref il s'avérait comme un malade des plus difficiles, prédestiné à exercer la patience du personnel par son indiscipline constante ».

Cependant, sa famille, qui s'intéressait beaucoup à lui, demandait un examen mental à peine un mois après son admission à Hœrdt. La Commission médicale des sorties qui l'examina quelques jours après, confirma les conclusions et le diagnostic de l'expert judiciaire. En février 1927, M... multipliait les réclamations, écrites dans un style correct, tant au point de vue grammatical que dans l'orthographe des mots. Ces écrits ne motivaient aucune observation qui pût faire mettre en doute le diagnostic posé. Pendant plusieurs mois, le malade écrivait à ses parents des lettres normales, protestant de ses bonnes intentions pour l'avenir, témoignant d'une certaine affectivité; dans cette correspondance, il était beaucoup question, de part et d'autre, de rééducation psychique. M... était orienté, accusait réception des colis reçus, en mentionnant les dates et témoignant ainsi d'une mémoire exempte de troubles.

L'instabilité de l'humeur et l'excitation étaient les symptômes prédominants. En septembre 1927, soit un an après l'incarcération, survinrent des symptômes nouveaux qui marquaient une orientation différente de la maladie. Alors que, jusque là, on avait observé des anomalies mentales, l'évolution d'une psychose devint manifeste avec les symptômes suivants : insomnie, impulsion avec réactions destructrices. Une nuit, il trouva le moyen de percer un trou dans le plafond de sa cellule et se contenta de rire d'une façon niaise et prolongée quand on lui demanda les motifs de cet acte. Quelques jours après, il était égaré, confus, parlait d'une façon incohérente, sa mimique devenait inexpressive, le regard atone, il avait le rire explosif. Quand on l'interrogeait, tantôt il faisait des réponses moqueuses et ironiques, avec attitude imper-

tinente, tantôt il ne pouvait répondre aux questions et était presque dans la stupeur; le négativisme se manifestait par le refus intermittent de nourriture. Il existait une alternance de courtes phases de lucidité et de périodes d'agitation catatonique. Indifférent, il cessait d'écrire à sa famille qui, en janvier 1928, se plaignit de n'avoir plus reçu de ses nouvelles depuis six mois. Une lettre de ses parents lui étant remise, il la jeta sans la regarder. L'affaiblissement intellectuel progressa rapidement, de sorte que le diagnostic de démence précoce s'imposait dès le début de 1928. La désagrégation de la personnalité était complète dès la fin de 1929, comme le prouve la lettre suivante:

« Gouvernement à Paris des Sciences académiques Morales et Politiques. »

Dans une autre lettre écrite deux mois après, au Procureur de la République à Strasbourg, il déclarait avoir été interné le 11 novembre 1927, comme malade à l'asile de Hœrdt. La désorientation dans le temps était complète (date d'admission, le 10 décembre 26). Des idées délirantes polymorphes se font jour dans de nombreuses lettres qui ont été conservées et dont il suffit d'extraire des passages caractéristiques. Dans une lettre du 16 février, sans millésime d'année, il écrivait à sa mère:

« Ma très chère mère — Votre fils aime Léon » mais en même temps disait: « comme mère, je sais que Vous m'avez nourri pendant vingt ans comme enfant adoptif avec Monsieur Mayer... » et se considérait comme élevé en nourrice chez ses parents. Une de ses lettres révèle d'une façon bien caractéristique son incohérence, nous en reproduisons seulement le début en raison de sa longueur.

A Madame la Sœur Supérieure
ses Subordonnées Inférieures
Bonté Divine — Sciences Occultes — Spiritisme
Christianisme — Catholicisme, etc...

D'autre part, il signait ainsi à la fin d'une lettre: « M..., prince de Leibbau », se disant de nationalité hindoue et donnant comme adresse: « à la Clinique Pédagogique de Hœrdt ». Ailleurs, il signait: « M... Baudouin ». Il était tantôt empereur de Chine, prince des Indes et empereur des trois quarts de l'Angleterre, tantôt malade de passage, tantôt né orphelin de père et de mère définitivement inconnu ! ! Au Ministre des Affaires étrangères, il révélait que: « le Seigneur Dieu suprême — Monsieur Jésus-Schrist M... Léon, *C'est moi-même* ». Plus tard, M.. Baudouin devenait comte Baudouin; puis il devenait duc de Nevers. Les idées de richesse ne manquaient pas de s'ajouter aux idées délirantes polymorphes signalées. Faisant une commande à un magasin, il donnait l'ordre à la Banque de Strasbourg de payer la somme de deux cent mille francs prélevés sur son compte. A sa sœur, il demandait dans

ces dernières années un colis et la priait de venir le chercher à l'asile. Actuellement, le malade est calme, mais dans un état de démence totale, vivant d'une vie végétative, sans excitation, ni impulsion, il est complètement indifférent et ne s'aperçoit même pas du passage quotidien des médecins. Il n'écrit plus depuis juillet 1936. Sa tenue est très négligée et malpropre.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION DE M.... LÉON

A la lecture de cette observation, il apparaît d'une façon évidente que le diagnostic de démence précoce qui s'imposait en septembre 1927, était bien postérieur au début de la psychose. A quel moment se place ce début ? Il est impossible de répondre à cette question. Elle n'a qu'un faible intérêt et nous ne nous y arrêterons pas, car toute discussion sur les symptômes prodromiques serait vaine, ne reposant que sur des hypothèses invérifiables.

Considérons plutôt la période prédémentielle qui englobe toute la première partie de l'existence de M... Celle-ci est marquée par une délinquence précoce qui ne peut appartenir à la période médico-légale de la démence précoce. Nous ne saurions admettre en effet que celle-ci a débutée presque avec la vie: les cas de démences précocissima qui ont été publiés n'ont pas débuté avant l'âge extrême de 9 ans, et la démence précoce n'est pas une affection congénitale, mais acquise. En outre, dans les cas les plus précoces, on n'observe jamais une telle intensité de symptômes graves dans la phase initiale. Chez notre malade, rien ne pouvait faire penser, dans l'enfance, au développement ultérieur d'une psychose démentielle. A cette époque, M... était un débile mental, auquel rien n'a manqué quant à l'éducation. Il manifestait, en même temps que l'infériorité intellectuelle, les perversions instinctives multiples qui dirigeaient fâcheusement sa conduite, interdisaient toute adaptation sociale, et faisaient de lui un pervers diffus amoral; au nombre de ces perversions instinctives figuraient en première ligne l'instinct d'opposition et de révolte, que traduisait l'indiscipline permanente. Il s'y ajoutait une instabilité dominante dans tous les domaines: instabilité de l'humeur, mobilité des idées et des sentiments, instabilité de l'activité, qui était discontinue, ce qui explique les éclipses de sa présence au foyer familial, et qui contribuait à renforcer sa paresse congénitale grâce à l'inaptitude à tout travail et à tout effort continu. Remarquons ici que M... apporte une preuve de plus au fait que paresse et inertie ne sont pas constamment équivalentes. Il vivait au hasard de ses désirs, conforme à ses tendances morbides congénitales, et les satisfaisant sans aucun frein, de cette façon quasi automatique et immédiate qui caractérise l'impulsivité. Ce mécanisme psychopathique permet de comprendre la double forme de sa délinquance: délit d'indiscipline militaire,

délits de vols dans la vie civile. Ces derniers relèvent de la perversion instinctive qu'est la tendance au vol chez les amoraux. Ils revêtent une teinte particulière par les conditions de leur exécution: M... s'attaquait aux femmes et à leurs sacs à main. Ce sont des objets de cette nature qui furent retrouvés à son domicile. On peut se demander à bon droit si au vol ne s'associait pas une perversion sexuelle. L'érotisme dont témoigne l'onanisme intensif donne du poids à cette opinion, de même que l'acte d'exhibition qui couronne sa carrière de délinquant. Nous n'insisterons pas sur les violences à agent relevées dans l'inculpation. Par l'extravagance des derniers actes ayant suivi son évasion et sa fuite à bord d'une péniche il est vraisemblable que ces délits appartenaient à la période d'invasion de la démence précoce. Mais aucun symptôme de cette psychose n'orientait l'attention de l'expert vers ce diagnostic, qui n'a été fait qu'un an après. Notons enfin, l'insuffisance ou même l'absence de sentiments affectifs.

Aurait-on pu soupçonner ce diagnostic comme possible avant la date où il a été établi avec certitude ? Les considérations développées dans notre Chapitre I[er] montrent que du point de vue diagnostic, il y a deux périodes dans la phase initiale de la démence précoce: une période de certitude, lorsqu'apparaissent les signes décrits par Mlle Pascal comme avant-coureurs de la démence; une période de présomption, où l'observateur, aiguillé vers la possibilité de l'évolution d'une psychose, analyse les symptômes qui s'offrent à lui pour découvrir le signal d'alarme.

Certes, ce n'est pas sur un symptôme unique qu'on peut fonder un diagnostic. Mais il y a loin de la présomption au diagnostic ferme. C'est déjà beaucoup que l'on puisse songer à une démence précoce possible: cela permet à l'expert, tout en restant sur le terrain solide de la clinique, de réserver l'avenir dans ses conclusions.

Partant à la recherche du signal symptôme, nous constatons, tout comme chez le malade R... (voir chapitre II), l'existence d'un état d'excitation, qui semble s'être manifesté d'assez bonne heure. Cette excitation, signalée dans le rapport médico-légal, est indiquée comme ayant existé déjà alors que M... était incarcéré à la Petite Roquette (prison pour enfants) où il a séjourné en 1920 à l'âge de 16 ans; ses parents en ont subi les inconvénients après son retour au service militaire en 1926. Après l'admission au Quartier de Sûreté de Hoerdt, elle se manifestait intense, avec récriminations incessantes, hostilité contre le personnel, tendance aux violences, opposition constante. Dès le premier examen, on observait une exaltation psychique avec euphorie, loquacité, mais sans aucun caractère hypomaniaque, ainsi que sans caractère passionnel. Elle ressemblait en tous points à l'excitation psychique constitutionnelle.

Quelle valeur est-il légitime de lui attribuer ?

La plupart des auteurs insistent sur les troubles du caractère prémonitoire, et attribuent une grande importance aux modifications du caractère comme signe avant-coureur de la psychose. Guilguet, dans sa thèse inspirée par le Professeur Régis, insiste sur la « Triade Symptômatique » :

1° Troubles du caractère, bizarreries, colères non motivées, changements d'humeur, esprit d'opposition, impulsivité.

2° Indifférence émotive: distraction, dégoût de tout, paresse, solitude.

3° Diminution de l'activité intellectuelle et physique.

Dans ce faisceau de symptômes, les troubles du caractère, précisés, d'après Jellife, sont bien ceux que l'on rencontre chez notre malade M... Mais le syndrome est incomplet, à notre avis; il y manque le symptôme que nous considérons comme capital: l'excitation psychique.

Cette excitation doit être observée de très près, pour déterminer si elle est constitutionnelle, congénitale, ou si elle est acquise. Ce n'est pas à l'anamnèse — trop souvent insuffisante et mal interprétée par l'ignorance de l'entourage — qu'il faut demander l'origine du phénomène d'excitation, qui est, suivant les cas, symptôme ou anomalie mentale. C'est dans ces caractères cliniques que réside la base du diagnostic différentiel.

L'excitation constitutionnelle n'est pas uniquement un symptôme morbide. La description que donne Rogues de Fursac, dans son Manuel de psychiâtrie, de cet état pathologique, montre qu'elle imprime une physionomie clinique particulière aux anormaux qui en sont atteints. Les caractéristiques psychologiques sont, d'après cet auteur, dans l'ordre intellectuel, outre l'insuffisance du jugement: l'hyperactivité imaginative qui a pour conséquence la perte du sens des réalités; dans l'ordre affectif: l'exaltation de l'amour-propre avec comme corollaire, la susceptibilité; dans l'ordre volontaire, l'impulsivité, l'instabilité, l'inadaptation au milieu. Cet état mental comporte des variantes: les querelleurs et quérulants; les sujets à constitution paranoïaque, les instables, les mythomanes. Des réserves s'imposent sur les liens qui unissent ces variétés à l'excitation contitutionnelle, car ces liens sont parfois très lâches. Nous les mentionnons cependant à titre d'indication, car ces variétés peuvent concourir, dans certains cas, au diagnostic de l'excitation constitutionnelle. Quand on trouve, chez un délinquant ou pervers congénital les principaux traits du tableau clinique brossé par l'auteur que nous venons de citer, il s'agit bien de folie morale ou de psychose perverse, selon le terme synonyme couramment employé aujourd'hui; et le diagnostic de démence précoce peut être résolument écarté. Reconnaissons cependant que l'analyse psycho-pathologique exige un sens clinique aiguisé et une observation attentive pour ne pas confondre des anomalies et des symptômes de psychose

qui offrent un air de ressemblance: par exemple, l'instinct d'opposition et le négativisme, qu'on ne distingue aisément que lorsque le négativisme devient moteur.

L'état d'excitation constaté, s'il ne répond pas à la description de l'excitation psychique constitutionnelle, peut faire soupçonner à bon droit une psychose en évolution. Nous ne parlons pas ici, bien entendu, de l'état maniaque, dont le diagnostic se fait d'emblée, et qui appelle la thérapeutique sociale de l'aliénation mentale.

En nous basant sur les deux observations inédites que nous avons rapportées, nous sommes porté à voir dans l'excitation psychique sous les réserves formulées, un signal d'alarme, autour duquel se rassemblent les troubles du caractère que Jellife et autres auteurs considèrent comme des signes prodromiques de la démence précoce. L'excitation, avec son cortège de symptômes, est le trouble de beaucoup le plus précoce: il survient à une époque où le malade a encore une conscience plus ou moins complète de l'état morbide.

CHAPITRE IV

HEBOIDOPHRENIE

Parmi les formes frustes de la démence précoce, la plus intéressante au point de vue médico-légale est celle à laquelle *Kahlbaum* a donné le nom d'héboïdophrénie, dont la meilleure définition est celle de *Vernicke* qui l'appelait: folie morale acquise. Les hébodoïphréniques sont des malades essentiellement pervers et anti-sociaux, ce sont ceux que *Rinderknecht* a étudié sous le nom de héboïdes criminels. *Halberstadt* a publié un cas dans lequel la maladie a vraisemblablement débuté dès l'enfance, se présentant avec les caractères de la folie morale: instabilité, indiscipline, violence, indifférence, le malade commit à 16 ans son premier délit (tentative de meurtre épulsive sur sa grand'-mère); la maladie fut reconnue à l'occasion d'une expertise, au cours de poursuites pour vagabondage. Relevons dans cette observation qu'il existait une subexcitation continuelle, le sujet parlait avec volubilité et ne savait pas s'arrêter. L'intérêt de cette remarque apparaîtra plus loin.

Cette forme de la démence précoce n'était pas individualisée très nettement au point de vue clinique, du moins en France, jusqu'au jour où *Guiraud* apporta à la Société clinique de Médecine Mentale, en juillet 1927, une observation personnelle, fixa la symptômatologie spéciale aux héboïdophréniques en partant d'une dizaine de cas qu'il avait observé. Voici un court résumé de cette observation. Né d'un père atteint de tuberculose osseuse grave B. L., était nerveux dès l'enfance — avait des colères violentes et poussait des cris stridents comme une bête — élevé à la

campagne de 7 à 10 ans, il y fut relativement tranquille, vers 13 ans se produisit un accès de somnambulisme, à 18 ans il avouait brusquement à sa mère qu'il était devenu cambrioleur par vocation et qu'il ne travaillait plus, il avait déjà dévalisé trois chauffeurs de taxis, réussi plusieurs attaques nocturnes et apporta à sa mère 800 francs de butin. On trouva dans sa chambre une foule d'objets dont beaucoup sans valeur. Examiné au point de vue mental il fut condamné et placé dans des patronages; sa conduite rendit finalement nécessaire l'internement. Tous les médecins qui l'avaient observé, à l'exception d'un, l'avaient considéré comme un vicieux, un pervers banal. Nous résumons les signes qui furent constatés à l'asile: vie solitaire, humeur morose, réticence, négativisme, obéissance passive à des ordres absurdes, mimique figée, apathie et inactivité, cocadés, sans souplesse, conservation des attitudes, réflexes de posture exagérés, myoclonies persistantes, le malade sans relation avec ses compagnons et les infirmiers, passa son temps à lire ou à rêvasser.

Guiraud a tracé d'eux un tableau clinique dont nous reproduisons les symptômes essentiels: *autisme morose* avec inquiétude hostile vis-à-vis de l'entourage; haine et jalousie familiale constantes dès l'enfance. Par suite de la persistance de leur intelligence, ils veulent expliquer leur conduite et on en arrive à des théories *anarchistes*; accès assez fréquent de *demi-stupeur* avec ralentissement; obtusion, indifférence et *agitation* avec tendance à briser les objets, où il entre plus d'impulsivité que d'excitation; *résistance violente négativiste*, pouvant survenir brusquement, même en période de calme; le malade s'oppose d'une façon brutale et aveugle à des actes sans importance, bataille contre plusieurs infirmiers jusqu'à épuisement (réactions de court-circuit de *Krätschmer*); *occupations stériles stéréotypées*, sans initiative, pour tuer le temps, lenteur notoire par période. Le début de la maladie apparaît très précocement, dès l'enfance par l'apathie et les troubles du caractère; selon

Guiraud, contrairement à l'opinion d'autres auteurs pour qui l'invasion est plus tardive. L'évolution est peu progressive sans affaiblissement intellectuelle profond ; c'est ce qui conduit l'auteur de cette description de l'héboïdophrénie à la considérer comme une forme insidieuse et fruste de la démence précoce.

Les cas d'héboïdophrénie sont assez rares. Malgré la tentative de *Guiraud*, leur symptômatologie est par suite mal précisée. Le malade, dont nous venons de résumer l'histoire, était un cas de schizophrénie par la prédominance de l'autisme ; si le trépied symptômatique classique de la démence précoce n'était pas complet, du moins existait-il des stéréotypies, du négativisme, de la docilité passive, de la conservation des attitudes, tous symtômes accompagnés de troubles psycho-moteurs.

Il est des cas plus particuliers où l'activité criminelle et amorale prédomine, laissant derrière elle les symptômes positifs de démence précoce. Nous rapportons une observation d'héboïdophrénie ayant débuté vers l'âge de 14 ans chez un sujet parfaitement normal jusque là et qui s'est manifestée par une existence constamment délictueuse dans les intervalles d'internements répétés, durant presque toute la vie. Les symptômes psychiques saisissables par l'observation directe étaient très discrets et il n'a jamais existé d'affaiblissement intellectuel profond.

OBSERVATION DE J... Joseph
(Héboïdophrénie)

J... Joseph, né à Rambervillers, le 9 avril 1890, a été interné, pour la première fois, à l'âge de 14 ans (en janvier 1905), et les internements ont été nombreux au cours de son existence; certains d'entre eux ont eu lieu après expertise et non-lieu pour irresponsabilité. Voici son histoire relatée en détails.

Les antécédents héréditaires et personnels sont les suivants, d'après les renseignements précis fournis par le médecin cantonal, et complétés, ultérieurement: le père, forestier de constitution robuste, est décédé à 70 ans d'apoplexie cérébrale; la mère,

cuisinière, âgée de 46 ans, est normale et bien portante; une cousine de celle-ci a été internée à Stephansfeld pendant 27 ans. J... eut une enfance normale; cependant il a marché tard, à 18 mois. Il était calme, de caractère très doux et gai. Intelligent, il était docile à l'école, apprenait bien, était doué d'un esprit prompt et d'une bonne mémoire. Il n'a jamais été malade, et aurait été atteint seulement de hernie congénitale guérie à l'âge de 3 ans. Pas d'hérédo-syphilis; il ne se serait jamais livré à l'onanisme d'après sa mère.

Vers janvier 1904, soit à 13 ans, sans cause connue, J... commença à devenir anormal et son état mental s'aggrava lentement. Son attitude devenait imprévisible; tantôt ses actes et ses propos étaient insensés, tantôt, dans l'intervalle, il paraissait presque normal. L'humeur était très variable. Parfois, il était anxieux sans motif, voyait des chats et des souris qui voulaient le saisir à la gorge pour l'étrangler; l'anxiété provoquait de l'insomnie. A d'autres moments, il était gai et enjoué sans cause. On essaya de le faire travailler manuellement; au bout de quelques jours, ce fut un échec complet. On n'observa dans cette période ni accès de fureur, ni mélancolie. L'examen physique ne révèle aucun trouble organique et, en particulier, aucune modification des pupilles (ni mydriase, ni myosis, aucune altération des réflexes lumineux). A la date de cet examen, il était alternativement très excité et inhibé.

En avril 1906 (après 15 mois de traitement médical à Stephansfeld) il demandait à son tuteur de le placer comme apprenti menuisier, ce métier étant à son goût, ou mieux de l'autoriser à entrer dans la Marine, pour qu'il puisse obtenir plus tard un emploi de l'Etat. Cette demande reçut satisfaction; au bout de 11 jours, son patron, ne pouvant l'employer à rien, le renvoya chez son tuteur. J... disparut; alla se placer chez un boucher, y resta 5 jours, et disparut de nouveau. Tourmentée, sa famille exprima le désir qu'on l'enfermât dans un Etablissement jusqu'à sa majorité, car elle le considérait comme dangereux. Sa tante, chez laquelle il se rendait quelquefois, se plaignait de son instabilité et de ses idées délirantes; il se disait millionnaire, ennuyait le personnel de la maison où il était employé en juillet 1906 et se fit congédier pour ce motif.

Le 20 janvier 1907, il fut admis à la Clinique psychiâtrique à la suite d'un accès d'excitation intense (il avait présenté, dans l'intervalle des deux internements, plusieurs états d'excitation, sans doute assez atténués): « Il voulait tuer sa mère et son oncle; sa mère lui avait détourné sa part d'héritage paternel »; on lui mettait du poison dans ses aliments. Il était ensorcelé; il voulait entrer à l'école des officiers, etc... Transféré à Stephansfeld, avec le diagnostic « d'hébéphrénie », il s'évada en juin, se rendit chez sa mère qui ne constatait aucune amélioration de l'état mental:

refus de travail, mobilité des idées (il désirait chaque jour entreprendre une profession différente), insomnie (on ne pouvait le décider à se coucher avant 2 heures du matin). Mis en congé administratif en août 1907, il fut rayé des registres de l'établissement en janvier 1908 et considéré comme guéri. Depuis cette date, ce fut une série d'internements et de libérations, internements plusieurs fois demandés par la mère, dont l'existence devenait insupportable au bout de quelques jours de présence de son fils, libérations par la faiblesse maternelle, cédant aux instances répétées du malade: troisième internement du 29 mai 1908 au 2 juin 1909, quatrième admission le 19 juillet 1909, sortie en congé d'essai le 6 octobre 1910 et rendue définitive par amélioration en janvier 1911.

Dans les périodes de liberté, il errait dans les rues sans travailler, fréquentait les cafés, et passait les nuits sans rentrer à son domicile. Il exprimait des idées délirantes de grandeur définivement fixées: « il était de haute extraction, son grand-père avait été préfet dans la province de Hanovre; il avait fait 6 ans d'études pour entrer à l'école des officiers ». Il se présentait comme serrurier ou comme infirmier dans les asiles où il avait séjourné en réalité en qualité de malade; il prétendait avoir composé lui-même une poésie en français, qu'il avait simplement copiée.

En février 1911, il s'engagea pour 5 ans à Rambervillers, dans un bataillon de chasseurs à pied, déserta le 31 décembre de la même année pour se rendre chez sa fiancée à Schiltigheim, et put aller et venir librement pendant plus d'un an en Alsace, protégé par la frontière. Marié en été 1912, l'interdiction judiciaire avec nomination d'un tuteur avait déjà été envisagée avant son mariage. Il se rendait de temps en temps à Nancy et, au cours d'un de ces voyages, fut arrêté à Igney-Avricourt, le 27 février 1913. Aussitôt, il recourait au médecin-directeur de Stephansfeld pour le supplier de faire une démarche auprès de son commandant pour le déclarer incurable. Il semble qu'il ait réussi, en effet, à éviter une condamnation. En juillet 1914, on le retrouva en prison préventive, ayant frappé sa femme avec un bâton, dans un accès d'excitation aiguë, avec déficit moral, menteur, semant le désordre, poussant les malades à la révolte, faisant des sottises, volant constamment, il devait être isolé d'une façon continue. En juillet 1917, il entrait au quartier de surveillance de Hœrdt pour un séjour plus prolongé. En janvier 1919, son état était ainsi caractérisé: humeur exaltée et niaiserie, démence qui se traduit par la lenteur des réactions intellectuelles, l'appauvrissement des sentiments, la faiblesse de la volonté. A cela s'ajoutait un déficit éthique notable. Porté au mensonge, J... allait jusqu'à prétendre que sa mère entretenait des relations illicites avec les médecins qui le retenaient à l'asile. Il n'avait pas la notion du préjudice que ses délits antérieurs lui avaient causé à lui-même. Cet état demeurait immuable

depuis l'admission. La mère du malade prétendait à cette date qu'on avait interné son fils à tort, se mettant ainsi en contradiction avec les lettres qu'elle écrivait après les premières libérations en 1906, 1907, 1909. La sortie demandée était refusée, J... étant incapable de se conduire en liberté sans nouveaux conflits avec la Justice.

En mai 1919, le premier directeur français ne confirmait pas le diagnostic de démence précoce précédemment porté, et délivrait le certificat suivant: « Déséquilibration psychique, syndrômes épisodiques de dégénérescence mentale: perversions instinctives, instabilité, vagabondages, alcoolisme, troubles du caractère, irritabilité. Plusieurs séjours antérieurs à Stephansfeld au cours d'accès de délire polymorphe hallucinatoire avec idées de grandeur, visions d'animaux, de chats, de chiens, etc... J..., qui met son internement sur le compte de son attitude anti-allemande (Chant de la Marseillaise, dans la rue avant l'armistice) omet de rappeler qu'il a déserté le bataillon de chasseurs à pied français où il était incorporé et que, pour éviter les poursuites du conseil de guerre, il a demandé à Stephansfeld une attestation de maladie mentale. Actuellement calme et lucide, sans délire ni hallucinations, mais d'humeur variable avec irritabilité et accès de colère de temps à autre, il ne peut être rendu à sa mère qui le réclame que si une enquête administrative conclut que cette dernière est en mesure de le surveiller, la mère ayant demandé autrefois le maintien de son fils. La tante du malade étant opposée à la sortie, persuadée de nouveaux désordres au cas où son neveu serait remis en liberté. Sa femme, divorcée, craignait un malheur en cas de libération: il l'avait toujours maltraitée et menacé de la tuer. Sur les instances répétées de sa mère, J... bénéficia d'un congé d'essai de 15 jours, fut réintégré et placé en 1920 dans un quartier ordinaire de l'établissement (hors du quartier de surveillance). Calme, il travaillait assez régulièrement mais ne reconnaissait pas avoir été malade. En septembre 1920, il obtint un congé d'un mois, compte tenu de ce qu'il était calme, travaillait régulièrement dans un bureau, se conduisait raisonnablement et n'abusait pas de la grande liberté dont il jouissait.

Libéré en novembre 1920 (il travaillait alors avec assiduité chez un patron qui était satisfait de lui), il brisait, le 17 février suivant, la glace d'une avertisseur d'incendie; il avait cessé de travailler et avait maille à partir à plusieurs reprises avec les gendarmes, au point que sa mère, en avril suivant, demandait un nouvel internement, qui n'eut pas lieu: condamné à 3 mois de prison pour les délits signalés ci-dessus, il se rendit à Coblence, et fut condamné par le conseil de guerre des troupes d'occupation pour coups donnés à un Américain. Après avoir subi ces deux peines, il s'engagea dans l'armée française à Mulhouse, fut mis en observation à l'hôpital militaire de Nancy, pour troubles mentaux, s'évada

pour revenir à son domicile où il fut retrouvé et placé à l'hôpital de Plantières à Metz. Après expertise concluant à l'internement, il fut réformé et entra pour la seconde fois au Quartier de Sûreté de Hoerdt, avec le diagnostic : « Dégénérescence mentale, amoralité, instabilité psychique, anesthésie affective, inintimidabilité, réactions anti-sociales. De septembre 1922 à octobre 1923, il se conduisit assez correctement; puis les perversions instinctives reprirent le dessus; ne travaillant plus, il manifestait un esprit de révolte sournoise contre la discipline et commettait avec conscience des actes qu'il savait interdits par les règlements. Il ne cessait de mûrir des projets d'évasion et d'exciter les autres malades à comploter. Evadé en novembre 1924, il se dirigea vers Marseille, contracta un engagement dans la Légion Etrangère et s'y conduisit bien pendant quelques mois. Une lettre ayant dévoilé son identité, il fut mis en observation à l'hôpital militaire d'Alger pendant deux mois et s'y montra tout à fait calme, lucide, sans excitation ni dépression, sans signes cliniques de troubles mentaux, s'adaptant au milieu et travaillant régulièrement. Réformé et rentré chez lui, il fut réintégré à Hœrdt en mai 1925, s'y comporta raisonnablement, assidu au travail, au fait que la commission des sorties, en novembre suivant, proposait un congé d'essai de longue durée, en se basant sur le fait que sa délinquence civile se réduisait à des infractions insignifiantes et que son déséquilibre se manifestait spécialement par des délits militaires contre la discipline. Il n'attendit pas la fin de son congé pour disparaître et recommencer à vagabonder. En mars 1927, il était arrêté à Epernay, pour infraction à la police des chemins de fer et vagabondage, et condamné à deux mois de prison, le Parquet de Reims n'ayant pas jugé utile de le faire expertiser. Sorti de prison, il quitta la France pour aller se faire arrêter à Barcelone. De retour en Alsace, il commit fin 1929 plusieurs délits plus graves: usurpation de fonctions publiques (il se fit passer auprès d'une femme comme inspecteur de Sûreté) et outrages publics à la pudeur, vagabondages, filouterie d'aliments, filouterie de taxi, vols, port d'arme prohibée. Il fut l'objet d'expertises par le docteur Gelma, puis par les professeurs Chavigny et Pfersdorff et par le docteur Frankhauser. Ces experts constatèrent comme seuls symptômes: l'indifférence affective, avec rires, une mimique légèrement maniérée, sans déficit intellectuel et sans symptômes de lésion organique du système nerveux. Voici leurs conclusions: « Les troubles psychiques dont J... est atteint apparaissent moins à l'examen momentané qu'à l'aspect de sa vie toute entière. Il ne présente à l'examen en prison, qu'une seule indifférence affective. Il n'est donc pas étonnant que des non-aliénistes n'aient rien remarqué de pathologique, l'aient considéré comme responsable et condamné. Ce n'est que l'étude des dossiers de Stephansfeld, de Hœrdt et de la Clinique psychiâtrique qui permet de se rendre compte de toute l'étendue des troubles psychopathiques. Toute sa vie n'est qu'une

suite d'admissions à l'asile et d'essais de sortie. Cette alternance des conditions extérieures de sa vie est due à la périodicité des états d'excitation qui existent depuis 1904... Il est surtout intéressant de voir que J... n'a pas été capable de vivre très longtemps en liberté parce que son attitude était changeante, qu'il ne travaillait pas ou fort peu, et par accès; les cris de détresse de la mère qui apparaissaient, eux aussi, périodiquement, méritant d'être signalés, puisqu'ils contrastent avec les promesses faites chaque fois au moment de la sortie. Il est à relever que les conflits avec la loi s'accentuent dans les dernières années; cette aggravation s'explique par le fait que l'internement d'office n'est plus survenu à temps, surtout quand J... se trouvait loin de sa mère.

L'observation de 25 années (deux des experts le connaissant depuis 1905 et 1907) a démontré qu'il est incapable de vivre en liberté, pour des motifs pathologiques: sa mentalité est caractérisée par l'incapacité de diriger sa propre vie, d'exercer une profession d'une façon suivie. L'affectivité, qui en prison est caractérisée par une grande indifférence, est déficiente aussi en liberté; Il ne résiste à aucune tentation, est instable. A ce déficit chronique, se surajoutent les états d'excitation périodiques pendant lesquels il est dangereux. Il fut déclaré atteint de déséquilibration mentale avec instabilité et réaction délictueuse et irresponsable. Réinterné à Hœrdt après un non-lieu en avril 1930, il était souriant et calme, reconnaissait les délits, sans leur attacher d'importance. Le diagnostic d'héboïdophrénie fut posé pour la première fois. Dans les mois qui suivirent il se montra érotique et d'attitude incorrecte lors d'une visite de sa cousine, et sa mère seule fut autorisée dès lors à le voir. Il se consola en écrivant à cette jeune fille des lettres d'amour. Il était calme, travaillait régulièrement, mais ses propos et ses actes étaient puériles et son idéation était réduite. L'indifférence affective persistait au même degré. En 1932, on constatait un état permanent d'euphorie niaise, sans nouvelles bouffées d'excitation. Le 30 décembre 1932, on observait pour la première fois une légère dysarthrie avec difficulté de trouver les mots. L'examen ne révélait aucun signe évident d'hémiplégie; il existait cependant de l'irritation pyramidale avec exagération manifeste des réflexes tendineux à gauche (réflexe rotulien gauche, polycinétique); pas de signe de Babinski ni d'Oppenheim; manœuvre de la jambe positive. La démarche n'était pas troublée. Réflexes pupillaires normaux. Tension artérielle au Pachon: 160/80.

Le 3 janvier 1933, survint un ictus avec aphasie motrice presque totale qui commença à s'atténuer progressivement au bout de 3 jours, et qui avait disparu deux mois après. Il persistait de l'affaiblissement intellectuel révélé surtout par l'écriture, qui était celle d'un paralytique général. Réactions sérologiques positives; l'impaludation fait en avril, amena une amélioration passagère.

L'évolution de la paralysie générale reprenait bientôt sa marche progressive et rapide et entraîna le décès en août 1933. Les premiers signes de cette affection dataient de 1931.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION DE J....

Vers 14 ans, donc à un âge plus tardif que ne le pense Guiraud, l'état mental se transforme progressivement avec humeur variable, phase d'anxiété avec hallucinations visuelles et insomnie, alternant avec des périodes de gaieté et d'enjouement sans causes, les actes et les propos étaient insensés par période. Deux ans après, à la suite d'un premier internement de 16 mois, on observait une instabilité qui n'a jamais cessé et qui s'est accentuée davantage, associée à une mobilité extrême des idées. Des accès d'excitation avec des idées délirantes de persécution et d'empoisonnement survenaient par intervalle; des idées de richesse et de grandeur s'étaient installées d'une façon permanente; il s'ajoutait à l'instabilité le refus de tout travail suivi. Plusieurs délits, tant militaires que civils, lui furent imputés. Une succession d'internements, de libérations et d'emprisonnements préventifs ou de détention a rempli son existence. Les conflits avec la Justice s'aggravèrent par la nature des délits et par la fréquence, dans les dernières années — les périodes de liberté étaient très courtes. Nous insistons sur l'observation capitale faite par des experts en 1929, les troubles psychiques dont J.. est atteint apparaissent moins à l'examen momentané qu'à l'aspect de sa vie toute entière. En effet, les symptômes essentiels constatés à diverses époques étaient: l'indifférence affective, l'instabilité déterminant le vagabondage, les troubles du caractère avec irritabliité et accès de colère de temps à autre, conduite amorale continue, paresse morbide, indiscipline — il était incapable de diriger sa vie et totalement inadaptable.

Un fait important pour notre étude est la variation des diagnostics posés à des dates différentes: le diagnostic d'hébéphrénie, posé au début de la psychose ne fut pas maintenu en 1919. A cette date, il était considéré comme atteint de déséquilibre psychique avec syndromes épisodiques de dégénérescence mentale — le diagnostic d'héboïdophrénie fut posé pour la première fois en 1930, à l'occasion d'un nouvel internement. Les seuls symptômes caractéristiques de la démence précoce qui aient jamais été observés étaient les rires non motivés, un léger maniérisme de la mimique, parfois un sourire continu, stéréotypé, d'expression ironique. Cette variation des diagnostics souligne très éloquemment la difficulté du diagnostic de cette forme de psychose. L'indifférence affective de la démence précoce ressemble, en effet, à s'y méprendre, à l'absence de sentiments affectifs des anormaux pervers; dans son attitude vis-à-vis des siens, dont il ne se souciait que pour les appeler à son secours et les apitoyer sur son sort quand

il aspirait à sortir de l'asile, il ne se différenciat nullement des malades vicieux et difficiles au milieu desquels il se trouvait. Le négativisme était à peine apparent et ne passait que pour des manifestations d'un esprit d'indiscipline qui était la cause de sa délinquance militaire multiple. Un détail important marquait son comportement à l'asile. Au contraire des démences précoces, déments ou autistes, il était calme, d'une façon générale, dès qu'il se trouvait interné, sans ces impulsions de court-circuit qui ont été décrites, sans colère violente; il travaillait régulièrement pour obtenir sa mise en liberté, ses tendances à l'opposition ne se montraient que par l'organisation de complots fomentés avec calme et prémédités sournoisement, sous un masque de docilité absolue. Ceci suffit à révéler une conservation de la conscience des actes qui n'existe pas dans la démence précoce à la période d'état et qui est identique à ce que l'on observe chez les anormaux pervers, inconscients de leurs perversions, ils se rendent compte du caractère de leurs actes.

Tous ces faits cliniques rassemblés comportent cette conclusion, que le diagnostic est particulièrement difficile entre l'héboïdophrénie, véritable maladie mentale, et l'état pathologique des anormaux avec perversons instinctives graves, inadaptibilité sociale et délinquance presque continue. Ce diagnostic était possible dans les cas de J...; le tableau clinique ne présente aucune différence suivant que la folie morale est congénitale ou acquise. Seule l'anamnèse, dans les cas analogues, permet la différenciation.

De cette difficulté de diagnostic résulte une conséquence importante pour la médecine légale. Elle contribue à justifier l'opinion des experts qui, en présence de pervers diffus, concluent à leur irresponsabilité et à la nécessité d'un traitement médical prolongé aussi longtemps que dure la nocivité sociale: traitement asilaire qui réalise dans les meilleures conditions l'exclusion de la société à laquelle ils ne peuvent s'adapter.

En confrontant notre observation personnelle avec la description clinique essayée par Guiraud, il est facile de constater que notre malade ne présentait pas les symptômes attribués par cet auteur à l'héboïdophrénie et qui sont d'ordre démentiel. Alors que dans le cas que nous avons résumé au début de ce chapitre, il avait existé dès l'enfance des troubles graves de caractère avec irritabilité et colères pathologiques, on n'a rien observé de tel chez J... les modifications initiales de sa vie psychique consistaient en inertie, paresse morbide et instabilité — mises à part les bouffées hallucinatoires et l'anxiété. Nous ne trouvons pas chez lui le signal symptôme d'excitation qui tenait une place si importante dans nos autres cas. Nous ne pouvons assimiler à ce symptôme, en effet, les variations de l'humeur, les alternatives d'anxiété et de gaieté contemporaines des premiers troubles psychiques caractéristiques de l'invasion d'une maladie mentale. Rien n'avait annoncé cette

invasion, qui ne fut pas insidieuse et imposa d'emblée un diagnostic, sans les prodromes médicaux-légaux de longue durée qui font la difficulté du diagnostic à laquelle nous consacrons notre travail. La maladie, qui a débuté à 13 ans et non pas dans la première enfance (comme le pense Guiraud) n'a été que très peu évolutive, ne tendant pas vers la démence globale, et la période médico-légale a duré aussi longtemps que la maladie mentale.

Ce cas est néanmoins intéressant par l'impossibilité d'un diagnostic de certitude. Le diagnostic d'hébéphrénie posé au début ne fut pas maintenu en raison de l'évolution anormale et arrêtée. Lorsque l'aspect clinique conduisit à le modifier, il devint impossible de choisir entre folie morale et héboïdophrénie. La solution d'un nouvel internement adoptée par les experts de 1927 enlevait beaucoup de son importance au diagnostic différentiel, — la conduite thérapeutique à tenir était identique. Mais il est possible de rencontrer des cas, en médecine légale, où la distinction serait d'importance capitale. L'attention de l'expert doit alors être attirée sur l'existence possible d'une héboïdophrénie, qui ne se révèle à lui par aucun symptôme d'alarme: il pourra éviter de ce fait l'erreur d'abandonner à la répression pénale un vrai malade mental essentiellement inintimidable et qui aurait besoin d'être soigné plutôt que puni.

CHAPITRE V

Nous ne prétendons pas traiter la vaste question des psychoses pénitenciaires, qui a fait l'objet de nombreux travaux très importants, et qui ne rentre pas dans notre sujet. Nous voulons seulement rapporter une observation appartenant à ce groupe de psychoses, et qui fournira un appoint précieux pour nos conclusions.

Dans notre Chapitre I[er], nous avons insisté sur la fréquence avec laquelle des démences précoces sont méconnues et condamnées dans la phase médico-légale. *Antheaume* et *Mignot* affirmaient en 1907 qu'un grand nombre de ces cas de folie pénitentiaire peuvent rentrer dans le cadre de la démence précoce précédée d'une période médico-légale. La folie pénitenciaire groupe tous les cas où des troubles mentaux ont éclaté dans la prison: groupement artificiel de ces cas disparates. Il y a des psychoses qui naissent tardivement et n'ont d'autre étiologie que la détention, ce sont les véritables psychoses pénitentiaires, parmi lesquelles certains auteurs allemands ont pensé que la démence précoce est largement représentée. Mais, à côté de ces cas qui ne prêtent pas à confusion, il en est d'autres qui ne sont révélés qu'en prison, et dont l'invasion était antérieure; d'autres ont éclaté dans la prison, sans que la détention ait joué le moindre rôle. Ces deux dernières catégories — les plus nombreuses — ne sont pénitentiaires qu'en apparence. A ne considérer que les cas où l'expertise fut pratiquée, on doit reconnaître que le diagnostic est souvent impossible, faute de symptômes caractéristiques. Parfois, — nous n'envisageons que les cas de démence précoce pseudo-pénitentiaire, — les symptômes sont banaux sans caractère spécifique.

D'autres fois, on n'observe au début, qu'un symptôme isolé, qui ne peut suffire pour asseoir un diagnostic.

Nous avons recueilli l'observation d'un malade qui, à l'époque où il commit un meurtre, présentait depuis quelques mois des troubles graves du caractère avec violences et menaces.

OBSERVATION de M. A.

M..., né en septembre 1900 en Moselle, célibataire, ancien employé de chemin de fer, ne semble pas avoir d'antécédents héréditaires. Père décédé d'appendicite. Sa mère, ses trois sœurs et un frère sont bien portants. Il ne connaît pas de tares mentales dans sa famille. Après un écolage régulier et normal jusqu'à 14 ans, il travailla comme ouvrier agricole pendant 2 ans, puis entre aux Chemins de fer d'Alsace-Lorraine à 16 ans. Bien noté par cette administration, puis pendant son service militaire, dont il fut libéré avec un certificat de bonne conduite, il reprit sa place aux Chemins de fer en octobre 1922 et fut titularisé un an après.

Il a été soumis à une observation médico-légale au point de vue mental, après avoir tué le 7 mars 1927 Mlle B. à son domicile à Saint-Avold. Les témoignages recueillis après le meurtre établirent qu'il a existé dans sa vie professionnelle deux périodes bien tranchées. Dans la première, il était apprécié comme un garçon honnête et sérieux, travailleur, de caractère gai, sans exubérance, jusqu'après le service militaire, et ne montra aucun penchant pour la boisson. En 1919 et 1920, il était, aux dires d'un témoin, de caractère vif, mais on n'avait pas à se plaindre de son travail. Insistons sur ce fait qu'on le signalait généralement comme très calme, et, jusqu'en 1924, on n'avait eu à lui reprocher que quelques retards ou absences irrégulières, fautes en somme anodines. Pour la première fois en avril 1924, fut noté son caractère violent à l'occasion d'une discussion avec un autre employé; à partir de ce moment, il se révéla de caractère difficile avec ses collègues, même avec ses meilleurs camarades. Faisant des scènes de violence à la moindre observation de ses chefs, formulant contre eux des réclamations répétées, il se mettait à boire. Un soir de 1925, dans un café, il avait maltraité un vieillard de 72 ans, au point qu'on avait dû s'interposer. Il était devenu peu à peu brutal, querelleur, ivrogne par périodes, irrégulier au service, grossier et peu consciencieux.

En décembre 1926, on releva contre lui des irrégularités avec récidive dans le service; appelé à fournir des explications, il prit une attitude menaçante; il exhibait à tout propos, dans le service, un revolver chargé, déclarant « qu'il mettrait bien quelqu'un de côté », et menaçait individuellement son chef de gare. Quelques

jours après, c'étaient des menaces de mort contre quiconque provoquerait son renvoi de l'administration.

Semant la terreur autour de lui, il voyageait sans billet, puis se livrait à une agression contre l'employé qui avait constaté la fraude. L'irascibilité de son caractère était accentuée encore par un excès de boisson, sans qu'il existât cependant de troubles mentaux alcooliques; il était parfois seulement en état d'ivresse. Ces écarts de conduite suscitèrent, à la suite de plaintes dont nous avons vu combien elles étaient fondées, des enquêtes qui lui furent défavorables, et qui aboutirent à la suspension de son emploi le 4 février 1927, en attendant la révocation qui devait être prononcée le 18 mars suivant.

Cependant, en avril 1926, il avait fait, par l'intermédiaire de sa sœur, la connaissance de Mlle B. et des fréquentations s'en suivirent; ils voyagèrent plusieurs fois ensemble pour se rendre dans des fêtes à Metz, puis à Nancy, les rendez-vous devinrent assez réguliers, et M... se conduisait déjà comme si les fiançailles étaient officielles; bien qu'en fait le père de la jeune fille ignorât ces relations.

Après le crime, il racontait cette histoire avec de nombreux détails, prétendant même qu'il était entré un soir dans sa chambre, et qu'il avait eu des rapports sexuels avec elle (ce qu'il démentait plus tard), disant une autre fois, que tous deux avaient eu d'un commun accord des attitudes très libres au point de vue sexuel, — tout cela avec le désir visible de démontrer le degré d'intimité auquel il était arrivé avec la jeune fille. Ce qui est certain, c'est qu'une amie de celle-ci a été témoin de privautés qui ne laissèrent aucun doute sur les sentiments qui existaient entre eux. Dans les premiers jours de décembre 1926, ayant passé la nuit à boire jusqu'à 3 heures du matin avec un de ses amis, il lança des pierres dans les volets de la maison de Mlle B. et tira des coups de revolver en l'air. Cet incident provoqua le dépôt d'une plainte instruite par la gendarmerie. Il prétendit au cours de l'enquête avoir perdu son revolver, qu'en réalité il portait toujours sur lui. M. B., averti à ce moment de ce qui se passait entre M. et sa fille, voyait ces relations d'un mauvais œil, d'autant plus que M. aurait multiplié dans les derniers temps ses grossièretés et ses menaces. Après avoir été supendu de son emploi, M. a déclaré que levé le matin de bonne heure, il allait faire des kilomètres dans la campagne, « la tête en feu et errant comme une bête traquée, il pensait constamment à Mlle B., voulant se dégager d'elle, mais ne pouvant pas ». Convoqué à l'audience du 2 mars au tribunal correctionnel de Sarreguemines comme accusé de tapage nocturne, il en était très troublé.

La veille, il passa la nuit dans un bal et but passablement, après avoir passé deux jours sans rentrer chez lui; il fit défaut

et fut condamné à 255 francs d'amende pour port d'arme prohibé, ivresse manifeste et tapage nocturne.

Le soir même, il se serait rendu chez M. B. sous un prétexte quelconque et aurait été mal reçu. Les trois jours suivants ne lui avaient pas laissé de souvenir, il ne mangeait plus et passait son temps à boire. Complètement désœuvré et désorienté, il ne cherchait pas de travail, bien que n'ayant plus d'argent; il était absorbé par une idée fixe: « Il ne pouvait plus vivre sans Mlle B., bien que les relations eussent été rompues depuis plusieurs semaines. Le 7 mars, il sortit de chez lui dès le matin ayant, dit-il, l'intention de tuer Mlle B. et de se tuer ensuite. Il alla rôder autour de sa maison pour essayer de la voir, sans y réussir. L'après-midi il se remit à fréquenter les cafés. Ayant lu dans les journaux le compte rendu du jugement de Sarreguemines et disant ensuite: « je veux voir qui paiera cette amende », il offrit des tournées à diverses personnes. Vers 19 heures, il entra chez M. B. qui voulut le chasser; M. n'obéit pas à ses injonctions, et, montrant le journal, proféra des mots grossiers à l'adresse de Mlle B. Comme le père sortait pour avertir des voisins, il prit la jeune fille par le bras et tira sur elle plusieurs coups de revolver. Lorsqu'elle fut tombée, il essaya de se tuer d'une balle à la tempe droite, mais ne réussit pas, l'arme étant enrayée; il s'enfuit alors, se rendit chez un de ses amis, lui avoua son crime et lui demanda de réparer son revolver. Son ami s'y étant refusé, M. partit, se cacha pendant trois jours, puis se présenta à la gendarmerie sans avoir fait de nouvelle tentative de suicide. Mis en prévention, il fut soumis à une expertise mentale et dans ce but placé en observation à l'asile de Hœrdt pendant quelques semaines.

A ce moment, on ne constata aucune obnubilation intellectuelle, aucun affaiblissement de l'intelligence; il se comportait raisonnablement et avec lucidité sans état dépressif, son affectivité semblait normale; dès les premiers jours, en décrivant la scène du crime, il eut une crise de larmes qui obligea à abréger l'examen ce jour-là, et qui se répéta à l'évocation du chagrin que son acte causait à sa mère.

Il ne manifesta aucune impulsion; cependant on constata, pendant les interrogatoires très prolongés, au cours desquels on lui faisait retracer toute sa vie et la suite des événements, une excitation psychique, d'abord légère et qui s'accentuait progressivement, s'accompagnant de tremblement et d'un débit saccadé. Il déclara qu'après le crime, lorsqu'il apprit quelques heures après que sa victime était morte, il se sentait réveillé et libéré. Une fois en prison, il croyait avoir rêvé; il ajoutait qu'il était poussé par une volonté supérieure, qui venait de son idée fixe de tuer Mlle B.; il s'était défendu contre cette idée tant qu'il le pouvait. Ses déclarations se terminaient par l'expression d'idées d'inno-

cence: « c'est vous qui m'avez sauvé; si j'avais eu à faire à des médecins qui prennent la chose à la légère, j'aurais passé en cour d'assises; je ne crois pas que j'y passerai, je suis innocent. Depuis que je dis la vérité, tout le monde est obligé de constater que je suis innocent ». Il croyait vraiment à son innocence et se montrait satisfait, euphorique; l'affirmation de cette idée vraiment délirante était faite en souriant et avec grand calme. Il ne lui venait pas à l'esprit qu'il pût être interné et protestait si on lui faisait entrevoir cette solution. « Il n'est pas fou. Il ne lui manque rien, on ne peut pas le laisser dans un asile ». Il s'emportait quelquefois contre sa victime, qu'il accusait de l'avoir conduit au meurtre, contre les témoins à charge. Depuis qu'il n'était plus question de son affaire, il était calme, très correct, et déférant vis-à-vis des magistrats et des experts, respectueux des consignes données à son sujet, et ne formulait aucune récrimination. En résumé, M. avait commencé depuis deux ans environ à présenter des troubles du caractère, devenu de plus en plus irritable et violent, avait aggravé ces troubles par l'abus de boisson, et vivait, depuis quelques semaines avant le crime, dans un état d'excitation qu'avaient exagéré plusieurs chocs psychiques et des difficultés croissantes: perte de sa situation, condamnation à une forte amende par le tribunal correctionnel, hostilité du père de Mlle B., rupture presque complète avec celle-ci.

L'appréciation de l'état mental était assez délicate; du point de vue de l'expertise, il s'agissait de juger la responsabilité au moment même du crime. L'esprit n'était pas troublé par un état d'aliénation même transitoire, car il n'existait ni amnésie de la scène du crime, ni inconscience des actes avant et pendant le drame. Lui-même ne repoussait pas la préméditation et l'on ne pouvait, en l'absence de symptômes précis et notamment de lutte anxieuse, admettre ni obsession, ni impulsion. Dès lors, M. devait être jugé responsable de ses actes, cependant sa responsabilité était atténuée par les troubles du caractère et les circonstances extérieures à l'inculpé qui avaient favorisé l'aggravation de ces troubles. Dans ces conditions, la conviction délirante de son innocence ne pouvait pas être prise en considération comme élément d'appréciation à la date du crime. Il y avait bien une certaine discordance entre cette idée délirante survenue depuis, et la lucidité générale de M. pendant la durée de l'observation. Il raisonnait avec justesse, était maître de ses actes et dirigeait sainement son attitude pendant cette période. Cette conviction délirante isolée ne suffisait pas pour permettre de parler d'aliénation mentale et pour admettre par suite l'irresponsabilité; les idées d'innocence ou de grâce sont particulières en effet au régime carcéraire chez les détenus, mais aussi parfois pendant la prévention. Elles sont la conséquence de la situation judiciaire du criminel et peuvent disparaître dans certaines conditions, c'est-à-

dire qu'elles ne jouent aucun rôle au moment même de l'acte, alors qu'elles ne sont pas encore nées.

M. devait comparaître devant la cour d'assises et le jour de l'audience était déjà fixé, lorsque survinrent brusquement en prison des troubles mentaux aigus, qui obligèrent à ajourner l'affaire. Il fut l'objet de plusieurs expertises successives par divers médecins aliénistes. En dernier lieu, les docteurs Aubry, Lalanne et Privat de Fortunie furent désignés par le président des assises de la Moselle pour dire si M. était en état de comparaître devant la cour d'assises, ou devait être considéré comme étant en état d'aliénation postérieurement au crime, et s'il y avait lieu de l'interner dans une maison d'aliénés. Ces experts rédigèrent le rapport suivant (février 1930) :

« Dès notre première visite pour procéder à cette exper-
« tise, qui est la deuxième de notre part et la cinquième depuis
« son arrestation, nous avons trouvé M. dans l'état où nous l'avions
« laissé, lors de nos précédentes opérations. Il a dû, nous dit le
« surveillant, être placé en cellule depuis plusieurs mois, parce
« qu'il troublait le repos des dortoirs. Il ne s'occupe pas. Calme
« et même inerte en temps habituel, obéissant et poli à l'égard du
« personnel de surveillance, il s'excite dès qu'on lui parle de son
« affaire. A la vue des experts, il s'emporte et prend une attitude
« agressive; dans un monologue interminable, il exprime des re-
« proches, des invectives violentes, des accusations, des idées
« de malveillance, de persécution et d'empoisonnement, sans
« qu'on puisse parvenir à diriger sa conversations ou à obtenir des
« réponses précises.

« Dans notre précédent rapport, nous avions fait ressortir
« qu'après avoir expliqué son acte comme le résultat d'une déter-
« mination réfléchie et par cela même en avoir revendiqué l'en-
« tière responsabilité, M. s'était engagé, pour se disculper, dans
« une série de variations, avait tout d'abord menti en attaquant
« la mémoire de sa victime qui, par dépravation, se serait servie
« de lui comme d'un jouet, jusqu'au jour où, délaissé et déséqui-
« libré par le désespoir, il aurait commis son acte au cours d'une
« impulsion réflexe survenue dans un état de surexcitation et de
« désarroi émotif; puis, avouant son mensonge, il avait inventé
« l'explication d'une obsession impulsive à l'homicide, maladie
« dont, suivant son expression, il n'aurait été que l'instrument;
« enfin et depuis le 28 octobre 1927, il avait subitement manifesté
« le syndrome mental actuel ne ressemblant à aucune psychose
« classée.

« Par contre, l'état psychique de l'inculpé présente, tout au
« moins quant à sa genèse, certaines analogies avec les délires
« d'innocence et de grâce auxquels nous faisions allusion dans
« notre précédent rapport et qui, parmi les psychoses pénitен-
« tiaires, ont de plus un caractère spécifique. Dominé par son

« désir d'échapper aux sanctions pénales, l'inculpé en est venu, « au cours de l'instruction, à proclamer son innocence. De cette « affirmation maintes fois répétée et qui s'est imposée à sa con- « viction par sa répétition même, découle l'explication qu'il était « fou au moment du crime, explication qu'il a soutenue par les « moyens énoncés plus haut. Nous avons déjà dit ce que nous « pensions de l'allégation principale et des tentatives de démons- « tration de l'inculpé. Mais, abstraction faite des éléments arti- « ficiels qui s'y mêlent, son attitude, depuis plus de deux ans « stéréotypée, ne nous paraît pas moins anormale. Cette anoma- « lie provient du rôle joué par la passion qui forme le fond du « caractère de M. et qui, d'une façon générale, est une des prin- « cipales causes de l'erreur. L'intervention de cet élément est « venue transformer ce qui n'était au début qu'une idée préva- « lente en idée fixe, morbide par sa persévérance en dépit de tous « les obstacles, et par les phénomènes d'excitation dont elle s'ac- « compagne. Peut-être faut-il mettre sur le compte de l'excitation, « l'apparente incohérence des propos tenus par M., mais on doit « sûrement lui rapporter l'hyperthymie et l'irritabilité agressive « qui se manifestent à cette occasion.

« Cet état d'irritabilité agressive avec excitation paroxys- « tique, favorisé par des dispositions constitutionnelles à la vio- « lence et entretenue par la situation judiciaire de l'inculpé, con- « titue, par sa durée et par son intensité, une véritable psychose « pénitentiaire dont il est impossible de prévoir l'évolution. Dans « son état présent, M. est incapable de comparaître devant la « justice, mais en raison de son attitude, de ses réactions et des « dangers qu'il présente pour autrui, il se trouve dans des condi- « tions qui motivent l'application de la loi de 1838 et nécessitent « l'internement d'office dans un asile d'aliénés.

« Il est indispensable que cet internement soit entouré de « mesures rigoureuses de surveillance, car M. est un individu « redoutable, à l'égard duquel les garanties de sécurité offertes « par un asile d'aliénés ordinaires sont insuffisantes. La séques- « tration au quartier spécial de Hœrdt est donc nécessaire, elle « devra être maintenue tant que l'état de l'inculpé la rendra utile.

« Cette situation ne saurait, en rien, mettre en cause la vali- « dité mentale de M. au moment des faits.

« L'attitude anormale de l'inculpé ne s'est manifestée qu'au « cours de l'instruction, et il est impossible de conclure que M. « ait commis son acte en état de démence.

Conclusions.

« 1° M., qui jouissait de la plénitude de ses facultés mentales « quand il a tué Mlle B., est actuellement atteint de psychose « pénitentiaire.

« 2° Cet état d'aliénation, postérieur au crime, ne lui permet « pas de comparaître devant la cour d'assises.

« 3° Il y a lieu d'interner d'office M. dans une maison d'alié- « nés et, comme il s'agit d'un sujet extrêmement dangereux, d'ef- « fectuer cet internement dans un établissement offrant toutes « les garanties de sécurité, tel que le quartier spécial de Hoerdt. »

Admis dans cet établissement le 1er avril 1930, l'examen immédiat révélait en même temps une orientation conservée dans le temps et le lieu, des idées délirantes de persécution et d'empoisonnement. Voici le délire: « il raconte au gardien-chef de la prison de Sarreguemines que son avocat W... l'a menacé de son revolver pour le cas où il révélerait qu'il savait comment M. avait tué. Me W. lui a dit de répéter son idée. W. avait pris un bout de papier, et il a marqué dessus ce qu'il faut pour une idée fixe en présence du médecin. L'avocat a dérangé toute son affaire; il disait à M.: si vous m'aviez dit tout de suite comment vous l'avez tuée, je vous aurais fait acquitter, on n'aurait pas pu vous punir.

« W. l'a endormi avec une cigarette Morphine Chlorophore, etc...; il est pire qu'un criminel. il trafique des machineries. Avec la pensée de quelqu'un, il parle avec vous-même en dedans quand vous êtes endormi. Le corps de M. lui a répondu. Il a des surprises pour tout le monde. Si on savait la vérité dans son affaire, il y en aurait trois de guillotinés: W., U. et C. Je ne puis jamais comprendre la vérité parce que c'est trop fort. Vous êtes comme les autres. Vous ne le comprenez pas. Ils ont voulu m'assassiner; en quittant Hœrdt, M. était très bien, calme et content de lui-même. Revenu à la prison, M. a dit au gardien-chef de prier le juge d'instruction de venir l'entendre. U. lui a conseillé de parler avec le juge de l'affaire de W. en privé; ce n'est pas normal. Ensuite U., qui n'a jamais apporté la soupe à M., lui apporte à 4 heures la soupe en disant: voilà la soupe que j'ai faite exprès pour toi. Cette soupe était empoisonnée, il a senti qu'il meurt; il a demandé à boire, on lui a refusé de l'eau; il criait toute la nuit, personne n'est venu. Le lendemain U. est venu avec un gardien; on l'a enfermé dans la cellule des fous. Il entendait des voix qui sortaient du mur et lui demandaient de raconter comment il a tué Mlle B.; mais il se rendait parfaitement compte: c'était son corps qui se révoltait contre lui-même. Pendant 15 jours, il racontait toute la journée la même chose, il riait, se trouvait heureux. Le troisième jour, U. lui envoyait un paquet de tabac, malgré que M. le traitât de cochon et de fumier. Si M. n'avait pas mangé la soupe, il n'aurait pas eu de contre-expertise; il n'est pas fou, c'est archi-faux. En décembre, on l'a conduit à Rouffach; là en urinant il a remarqué qu'il urinait la soupe comme il l'avait mangée; dans les selles, il voyait partir des morceaux de peau. Il était fou en tuant, maintenant il ne l'est plus ». A noter à ce moment une per-

sévération considérable, une forte exaltation psychique, du barrage de la pensée qui est parfois improductive.

Un mois après environ, le 7 mai 1930, comme le médecin lui demandait ce qu'il pensait de sa situation actuelle, il répondait: « penser ? mais je ne peux plus suivre une idée depuis la soupe empoisonnée que ce criminel U. m'a administrée; ma pensée est coupée, arrêtée; le poison a déchiré mes entrailles et ma tête, il n'y a que des trous dedans. Les pensées ont envahi tout mon corps, elles se sont incarnées dans mon sang et ma chair, où elles coulent avec des interruptions causées par le poison. Aussi Mlle B. est entrée toute entière dans mon corps; j'entends de mes propres oreilles de la manière la plus distincte ses pensées, et beaucoup d'autres choses tantôt plaisantes, tantôt sérieuses. Les voix proviennent de toutes les parties de mon corps en m'apostrophant d'une façon incohérente. En même temps, je peux voir des hommes minuscules, des nains et naines hauts comme la main, souvent en couleur rouge, qui se remuent et me parlent. Maintenant je me rappelle avoir entendu, déjà avant mon internement, c'est-à-dire chez ma mère, de telles voix. A ce moment-là, je n'y faisais pas attention. »

Le 20 mai 1930, il donnait les explications suivantes sur son état: « Il est maintenant un homme double, parce qu'une autre personne s'est introduite dans son corps. Cette personne lui a volé ses pensées, de sorte qu'il ne peut plus développer et construire logiquement ses pensées. Il ne peut que se rappeler le passé; le présent ne se fixe plus dans son cerveau, et le futur n'existe plus pour lui. L'homme qui est dans son corps lui parle à haute voix, il sait tout; par exemple, au cas d'un crime, il peut en fournir tous les détails dans une heure et indiquer le coupable ». Pendant un certain temps il s'excitait à la visite dès qu'il voyait le médecin, reproduisait dans des termes stéréotypés ses idées délirantes de persécution et d'empoisonnement, nées à la prison de Sarreguemines et définitivemenut fixées. Son attitude était parfois menaçante; il accusait les médecins d'être d'accord avec U. et G., et tenta à plusieurs reprises une agression. En décembre suivant, il dit « voir près du logement du surveillant-chef deux hommes qui ont regardé avec attention des fenêtres de la salle où il se trouvait à ce moment; il est évident que ces hommes ont été envoyés par U. l'empoisonneur, qui continuait ses persécutions. »

Après avoir, pendant une certaine période, adressé au Procureur de la République de Metz de longues lettres où il répétait inlassablement l'histoire des rapports avec sa victime et le délire qui avait suivi, il cessa cette correspondance restée sans réponse, et se contentait d'adresser des épîtres interminables au médecin-chef et parfois au préfet. Ce délire persistant, il menaçait les magistrats, l'avocat W., les médecins puis, ce délire disparaissait peu

à peu, remplacé par un délire d'innocence. En août 1932, apparaissaient pour la première fois de nouvelles idées délirantes; « ses camarades disaient qu'il salissait le dortoir pour les en accuser ensuite; il salissait son matelas et c'était les surveillants de service qui jetaient le soupçon sur lui. Il protestait énergiquement contre cette accusation, et disait que les autres fous le salissaient, mais pas lui: il n'est pas un fou comme les autres, il est un fou spécial ». Ces idées délirantes entretenues par des hallucinations auditives provoquaient une excitation paroxystique, et déterminèrent un jour une impulsion destructive. M. fut isolé en cellule, d'où il refusa depuis lors de sortir pour revenir dans le dortoir. Rien de particulier n'est à signaler pendant les années suivantes, où l'état mental restait stationnaire.

En 1934, il devint progressivement calme, quoique toujours irritable, et prêt à s'exciter à la moindre contrariété. Les idées délirantes de persécution, puis d'innocence avaient disparu; mais il croyait toujours que les infirmiers l'accusaient de gâtisme et faisaient des rapports contre lui. Les interprétations délirantes ne provoquaient plus aucune réaction violente, il se contentait chaque jour de montrer au médecin sa propreté, d'ailleurs très réelle. Euphorique, travaillant régulièrement, il avait une attitude ironique et joyeuse, ses propos, ses actes et ses écrits restaient stéréotypés. Il demandait régulièrement au médecin, ainsi que dans ses lettres, sa libération; il s'entretenait avec les autres malades, ne se livrait à aucun acte absurde et à aucune réaction. Cependant la commission médicale des sorties, en décembre 1936, décida que la psychose pénitentiaire n'était pas guérie, et que ce malade, toujours dangereux pour la sécurité publique, devait rester au quartier de sûreté et n'était pas en état de rendre compte de ses actes à la justice.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION DE M....

Cette observation concerne un malade atteint de psychose pénitentiaire à forme de démence paramoïde. L'apparition du délire a seule révélé l'atteinte des facultés intellectuelles. Cette atteinte n'a jamais acquis l'étendue ni la profondeur que l'on a coutume d'observer dans la démence précoce à la période d'état. Il s'agit d'un cas atypique comme il est fréquent d'en rencontrer dans les psychoses pénitentiaires. Les symptômes qui constituent le trépied clinique de la démence précoce n'ont pas été constatés, à l'exception d'un seul: la stéréotypie. Le maniérisme, le négativisme, les grimaces, la susceptibilité et la docilité exagérée, le rire im-

pulsif, la paramimie n'ont existé à aucun moment, pendant l'observation médico-légale. Les signes avant-coureurs de Mlle Pascal, le trépied édifié par Guilguet étaient absents.

L'interprétation de ces cas est difficile, et fait ressortir des difficultés de diagnostic considérables, comme nous en avons rencontré dans les autres cas que nous avons rapportés. Le diagnostic a été en suspens pendant près de trois ans; les idées d'innocence qui avaient apparues pendant la prévention et l'observation médico-légale démontraient qu'il s'agissait de psychose pénitentiaire. Cependant les troubles du caractère, intenses et progressifs, survenus vers l'âge de 22 ans, si on les rapproche de l'évolution de la psychose pénitentiaire, sèment le doute sur l'époque de l'invasion de la maladie mentale. On est porté à se demander rétrospectivement si la transformation du caractère et l'altération de la conduite ne correspondaient pas en réalité aux prodromes de la maladie, qui auraient déjà existé au moment du crime. L'histoire de M... fait saisir l'importance du diagnostic, par son efficience sur les conclusions de l'expertise. A ce moment les troubles du caractère auquel Jellife attribue une grande importance atténuaient la responsabilité du criminel. Si le diagnostic de démence précoce avait pu être posé, l'irresponsabilité en découlait d'office. Mais, il n'aurait pas suffi d'une présomption; le diagnostic de certitude eût été nécessaire pour justifier l'excuse due àla maladie et il n'était pas possible. Le cas de M.. fait toucher du doigt les conditions précaires dans lesquelles s'effectuent les expertises psychiâtriques et contre lesquelles se sont prononcés plusieurs Congrès français de médecine mentale. Il montre en particulier que le temps est parfois un allié nécessaire de l'expert, et que la durée de l'observation est trop limitée dans les cas difficiles. Sans nous attarder à ces conditions générales, nous devons nous demander si l'expertise pratiquée peu après le crime aurait pu attribuer aux changements de caractère une valeur différente de celle qui fut admise. Les troubles du caractère constatés chez M... à partir d'avril 1924 ne correspondaient pas à une anomalie constitutionnelle, bien qu'on eût noté dès 1919 « un caractère vif » dont nul n'avait fait mention jusque là. L'excitation liée à la constitution cyclothimique se manifeste à un âge bien plus précoce et elle se présente avec un cortège de signes très particuliers qui la font reconnaître assez aisément pour qui a observé couramment des anormaux qui en sont atteints. Les altérations du caractère et de la conduite étaient donc acquises. Sur un symptôme unique il serait aventuré et antiscientifique de prétendre asseoir un diagnostic de psychose. Mais il n'est pas interdit de penser à la possibilité d'une démence précoce en évolution. L'excitation avec irritabilité, récriminations, violences, ten-

dances aux querelles, qui oriente de plus en plus l'activité dans une direction morbide, semble bien correspondre dans ce cas au signal-symptôme que nous recherchons et que nous avons rencontré dans deux autres cas. En réunissant ces cas, nous croyons que l'excitation ou l'exhaltation psychique, quand elle existe, fournit un signal d'alarme précoce, bien antérieur aux signes avant-coureurs qui ont été décrits et contemporains des premiers stades de l'invasion du processus morbide. Alerté par ces signes, l'expert n'a pas le loisir certes de suivre l'évolution de ce processus; il peut du moins réserver l'avenir dans ces conclusions.

Conclusions

1° Si l'on considère la période médico-légale de la démence précoce, il existe fréquemment des difficultés considérables d'ordre diagnostique, elles sont telles que parfois le diagnostic de démence précoce est impossible.

Ces difficultés tiennent à plusieurs causes :

A) La période du début est marquée assez souvent par des perversions instinctives, dont il est très difficile de dire si elles sont congénitales ou acquises.

B) Les anomalies congénitales peuvent se manifester assez tardivement alors que la démence précoce débute parfois dès l'enfance par une phase prodromique susceptible d'être de longue durée.

C) La démence précoce se greffe dans certain cas sur les anomalies congénitales de la vie affective ou même sur une folie morale (ou psychose perverse, apanage des pervers diffus) et ce fait n'est pas rare.

D) La démence précoce se présente à l'observation sous des formes diverses dans la phase d'invasion ; parmi ces formes la démence simple et surtout l'héboïdophrénie sont caractérisées essentiellement, de l'avis général, par un déficit moral prédominant et longtemps exclusif (quand il ne cons-

titue pas toute la symptômatologie, même à la période d'état) : ce sont ces formes qui fourniraient surtout des cas à la médecine légale.

E) Les difficultés du diagnostic sont également très grandes dans de nombreux cas de psychose pénitentiaire à forme de démence précoce évolutive qui éclate en prison sans être due à l'incarcération ou bien dont l'invasion, antérieure à la détention, a été méconnue.

2° Les besoins de la médecine légale exigeraient un diagnostic précis à un stade où celui-ci est très difficile, ou même impossible. L'importance de ce diagnostic précoce est aisée à saisir : si la maladie en évolution est reconnue, l'irresponsabilité en découle, avec son corollaire d'hospitalisation et de traitement médical. Dans la pratique la maladie est fréquemment méconnue, et des malades sont condamnés.

3° Les signes avant-coureurs de la démence précoce décrits par les auteurs, et qui imposent un diagnostic de certitude sont souvent trop tardifs, et c'est par là que s'expliquent les erreurs dont nous venons de parler.

4° En partant de nos observations personnelles, nous pensons que le signal d'alarme recherché peut être trouvé dans l'excitation psychique, quand ce symptôme existe. Pour qu'elle acquiert sa valeur de signe prémonitoire, il convient de procéder à une analyse minutieuse de ce symptôme pour savoir qu'il relève :

A) de l'excitation psychique constitutionnelle.

B) de l'excitation hypomaniaque de la folie maniaque dépressive.

C) de la démence précoce.

Le symptôme différentiel le plus sûr est donné par l'affaiblissement et le caractère superficiel (émotivité sans intérêt soutenu) de l'affectivité. Mais celle-ci ne saurait être constatée à la période de début, vu qu'elle ne se développe que pendant l'évolution de la maladie.

Strasbourg, le 21 Juin 1938

Vu :
le Président de thèse,
Prof. PFERSDORFF

Strasbourg, le 21 Juin 1938.
Vu : Le Doyen : A. FORSTER

Vu et permis d'imprimer :
Strasbourg, le 22 Juin 1938
Le Recteur de l'Academie,
Président du Conseil de l'Université,
J. DRESCH

BIBLIOGRAPHIE.

ANTHEAUME et MIGNOT. — La période médico-légale prodromique de la démence précoce (Encéphale Par. 1907, II, 126-135).

ANTHEAUME ET MIGNOT. — Les maladies mentales dans l'Armée française. Delarue, Paris 1909.

ARSIMOLES et HALBERSTADT. — Les psychoses pénitentiaires (Etude clinique). Archives internationales de Neurologie, juin 1914.

HALBERSTADT. — Etude médico-légale de la démence précoce à forme simple. Encéphale, 1924.

HALBERSTADT. — La forme héboïdophrénique de la démence précoce. Annales Médico-Psychologiques, juin 1925.

HALBERSTADT. — Etude médico-légale de la démence précoce. Annales Médico-légales, 1927.

COLIN ET PACTET. — Les aliénés dans les prisons. Paris, Masson.

GELMA. — Les psychoses à éclosion subite de la prison préventive. Annales médico-psychologiques, 1924.

LIBERT .— Les perversions instinctives au début de la démence précoce. VII[e] Congrès belge de Neurologie et de Psychologie, Ypres. Tournai, sept. 1912.

PASCAL. — La démence précoce. Paris, Alcan 1911.

BONYSSON. — Les voies d'entrée dans la démence précoce. Thèse de Paris, 1928.

JOFFROY. — Contribution à l'étude de la période médico-légale de la démence précoce. Congrès des aliénistes de langue française. Genève, 1907.

G. KLEIN. — Contribution à l'étude médico-légale de la démence précoce. Thèse, Paris 1935.

BISCH. — La période médico-légale de la démence précoce. Thèse de Lille, 1909.

MONOD. — Les formes frustes de la démence précoce. Thèse, Paris 1905.

FALRET. — Responsabilité légale des aliénés. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1876.

Gilbert BALLET. — La démence précoce. Traité de Médecine Bouchard et Brissaud (Les Psychoses).

GUILGUET. — La démence précoce constitutionnelle. Thèse, Bordeaux 1908.

GEORGET. — Nouvelle discussion médico-légale sur la folie. Paris, 1828.

LELUT. — Annales médico-psychologiques, 1843, tome I, p. 132.

(Nous avons limité notre bibliographie à l'indication des travaux des auteurs que nous avons consultés ou cités.)